



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE
ENFERMERÍA

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA CON TERMINAL GESTIÓN, DIRECCIÓN Y
LIDERAZGO EN ENFERMERÍA

AGENCIA DE AUTOCUIDADO Y PRÁCTICAS RELACIONADAS CON LA SALUD
EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

L.E MARÍA DE LOURDES HERNÁNDEZ LÓPEZ

ASESORA:

DRA. ENF. MARIA MAGDALENA LOZANO ZUÑIGA

CO-ASESORAS:

DRA. EDUC. MARÍA JAZMÍN VALENCIA GUZMÁN

ME. ANA CELIA ANGUIANO MORÁN

MORELIA, MICHOACÁN; SEPTIEMBRE 2018

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA CON TERMINAL GESTIÓN, DIRECCIÓN Y
LIDERAZGO EN ENFERMERÍA

AGENCIA DE AUTOCUIDADO Y PRÁCTICAS RELACIONADAS CON LA SALUD
EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

L.E MARÍA DE LOURDES HERNÁNDEZ LÓPEZ

ASESORA:

DOCTORA EN ENFERMERIA

DRA. MARIA MAGDALENA LOZANO ZUÑIGA

CO-ASESORAS:

DOCTORA EN EDUCACIÓN

DRA. MARÍA JAZMÍN VALENCIA GUZMÁN

MAESTRA EN ENFERMERIA

ME. ANA CELIA ANGUIANO MORAN

Acta de revisión

La Doctora en Enfermería María Magdalena Lozano Zúñiga Profesora e Investigadora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, como Asesora De Tesis de maestría, la Doctora en Educación María Jazmín Valencia Guzmán y Maestra en Enfermería Ana Celia Anguiano Moran como Co-asesoras de tesis.

CERTIFICAN

Que han dirigido el trabajo de Tesis titulado “Agencia de Autocuidado y Practicas Relacionadas con la Salud del Adulto Mayor que Asiste al Primer Nivel de Atención”, elaborado por María de Lourdes Hernández López Licenciada en Enfermería y que será presentado como requisito para optar al grado de Maestría en Enfermería con terminal en Gestión, Dirección y Liderazgo por la facultad de enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga.
Profesor e Investigador Asociado “C”
Facultad de Enfermería UMSNH.
FIRMA: _____

Dra. María Jazmín Valencia Guzmán.
Profesor e Investigador Asociado “C”
Facultad de Enfermería UMSNH.
FIRMA: _____

ME. Ana Celia Anguiano Moran
Profesor e Investigador Asociado “C”
Facultad de Enfermería UMSNH.
FIRMA: _____

Dra. María Leticia Rubí García
Valenzuela.
Profesor e Investigador Titular “C”
Facultad de Enfermería UMSNH.
FIRMA: _____

M.C.E. Brenda Martínez Ávila
Profesor e Investigador Asociado “A”
Facultad de Enfermería UMSNH.
FIRMA: _____

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

A ti, agradezco que me hayas dado vida y salud, así como la oportunidad de disfrutar con mi familia y amigos una de las etapas más importantes de mi vida y porque nunca me dejaste flaquear ni perder la fe en los momentos más difíciles.

A MI MADRE E HIJOS:

A ustedes, les dedico estas palabras como un pequeño reconocimiento a su esfuerzo y apoyo incondicional que me han brindado en el transcurso de mi vida y mis estudios, por que han contribuido al cumplimiento de una de mis importantes metas, y porque han sido también una fuente de estímulos y dedicaciones.

A MI ASESORA

Por motivarme a continuar con mi proyecto, así como su acompañamiento durante este proceso gracias Dra. Magdalena por haberme tenido confianza, paciencia, tolerancia y regalarme parte de sus conocimientos.

ÍNDICE

I.	RESUMEN	11
	ABSTRACT	13
II.	INTRODUCCION	15
III.	JUSTIFICACIÓN	19
	3.1.- Implicaciones del envejecimiento.....	19
	3.2.- Instituciones Públicas y el Envejecimiento.....	20
	3.3.- Profesional de Enfermería y la Agencia de Autocuidado en adultos mayores.....	22
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
V.	OBJETIVOS	26
	5.1.- Objetivo general.....	26
	5.2.- Objetivos específicos.....	26
VI.	MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	27
	6.1 Definición de Adulto Mayor y Vejez.....	27
	6.2 Epidemiología en el Adulto Mayor.....	28
	6.3 Prácticas de salud y relación con el Adulto Mayor.....	28
	6.4 Programas de salud relacionados con el Adulto Mayor.....	31
	6.5 Teoría de Déficit de Autocuidado.....	35
	6.6 Instrumento de valoración en la agencia de autocuidado.....	38
VII.	MATERIAL Y MÉTODOS	45
	7.1 Tipo de estudio	45
	7.2 Definición del universo de estudio	45

7.3 Tamaño de la muestra.....	45
7.4 Definición de la unidad de observación.....	45
7.5 Criterios.....	46
7.5.1.- Inclusión.....	46
7.5.2.- Exclusión.....	46
7.5.3.- Eliminación.....	46
7.6 Variables.....	46
7.6.1.- Variable Dependiente.....	46
7.6.2.- variable Independiente.....	46
7.7 Instrumento.....	47
7.8.- Procedimiento.....	50
7.9 Análisis estadístico.....	51
7.10.- Organización.....	52
7.10.1.- recursos humanos.....	52
7.10.2.- recursos materiales.....	52
7.11.- Programa de trabajo.....	52
7.12.- Presupuesto.....	52
7.13.- plan de difusión y publicación de resultados.....	52
VIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES.....	53
IX. RESULTADOS.....	55
9.1 Características sociodemográficas del paciente adulto mayor en estudio.....	55
9.2 Descripción de los resultados del instrumento “Apreciación de la agencia	

de autocuidado "ASA.....	57
9.3 Análisis de datos relacionados con el autocuidado del adulto mayor.....	69
9.4 Descripción del alfa de Cronbach global y por dimensiones.....	74
9.5 Análisis de los resultados en la escala de ASA.....	75
X. DISCUSIÓN.....	78
XI. CONCLUSIÓN.....	82
XII. RECOMENDACIONES.....	87
XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	88
XIV. ANEXOS.....	94

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.....	43
Figura 2.....	44

INDICE DE TABLAS Y GRAFICAS SOCIODEMOGRAFICAS

Tabla y grafico 1. Sexo	98
Tabla y grafico 2. Edad	99
Tabla y grafico 3. Escolaridad.....	100
Tabla y grafico 4. Estado civil.....	101
Tabla y grafico 5. Ocupación.....	102

INDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS DE FRECUENCIA DEL INSTRUMENTO “APRECIACIÓN DE LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO” ASA

Tabla y grafico 1. Hago ajustes para mantener mi salud a medida que cambian las circunstancias.....	103
Tabla y grafico 2. Normalmente reviso las actividades que hago para mantener con salud.....	104
Tabla y grafico 3. Conseguir ayuda para moverse y desplazarse.....	105
Tabla y grafico 4. Mantengo limpio el ambiente donde vive.....	106
Tabla y grafico 5. Primero hago lo necesario para mantenerme con salud.....	107
Tabla y grafico 6. Le faltan las fuerzas necesarias para cuidarse como debe.....	108
Tabla y grafico 7. Si quiere, busco las formas para cuidar su salud y mejorar la que tiene ahora.....	109
Tabla y grafico 8. Cambia la frecuencia con la que se baña para mantenerse limpio.....	110
Tabla y grafico 9. Hace cambios en los alimentos para mantener el peso que le corresponde.....	111
Tabla y grafico 10. Cuando hay situaciones que me afectan, las manejo para que no afecten mi forma de ser.....	112
Tabla y grafico 11. Piensas en hacer ejercicio y descansar, pero no tiene el tiempo para hacerlo.....	113
Tabla y grafico 12. Cuando necesita ayuda recurre a los amigos de siempre.....	114
Tabla y grafico 13. Puede dormir lo suficiente para no sentirse cansado.....	115
Tabla y grafico 14. Cuando le dan orientación sobre su salud pide le aclaren lo que no entiende.....	116
Tabla y grafico 15. Examina su cuerpo para ver si hay cambios.....	117

Tabla y grafico 16. Ha sido capaz de cambiar hábitos muy arraigados para mejorar su salud.....	118
Tabla y grafico 17. Cuando tiene que tomar una nueva medicina, recurre al profesional de salud para que le informe sobre los efectos secundarios.....	119
Tabla y grafico 18. Es capaz de tomar medidas para evitar que la familia y el corran peligro.....	120
Tabla y grafico 19. Es capaz de evaluar que tanto le sirve lo que hace para mantenerse con salud.....	121
Tabla y grafico 20. Por realizar sus ocupaciones diarias, es difícil que tenga tiempo para cuidarse.....	122
Tabla y grafico 21. Si la salud se ve afectada, consigue información para saber que hacer.....	123
Tabla y grafico 22. Si no puede cuidarse, pide ayuda.....	124
Tabla y grafico 23. Puede destinar un tiempo para el.....	125
Tabla y grafico 24. A pesar de las limitaciones para moverse, es capaz de cuidarse como le gusta.....	126

INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS RELACIONADOS CON EL AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR

Tabla y grafica 01. Realiza su lavado de dientes.....	127
Tabla y grafico 02. Cuantas veces al día el realiza lavado de dientes.....	128
Tabla y grafico 03. En caso de padecer algún trastorno o enfermedad, toma sus medicamentos.....	129
Tabla y grafico 04. ¿Los toma como están indicados por el medico?.....	130
Tablas y grafico 05. Considera que la cartilla de salud del adulto mayor es de utilidad en su autocuidado integral.....	131

Tabla y grafico 06. Usted toma medicamento sin prescripción médica (antigripales y analgésicos).....	132
Tabla y grafico 07. Usted toma bebidas alcohólicas.....	133
Tabla y grafico 08. Usted fuma.....	134
Tabla y grafico 09. Usted realiza autoexploración mamaria.....	135
Tabla y grafico 10. Usted realiza exámenes de la próstata/Papanicolaou.....	136
Tabla y grafico 11. Usted tiene problemas para dormir.....	137
Tabla y grafico 12. Usted considera que su vida es bonita.....	138
Tabla y grafico 13. Usted considera que vida es satisfactoria.....	139
Tablas y gráficos 14. Alfa de Cronbach global y por dimensiones del instrumento “apreciación de la agencia de autocuidado” ASA.....	140
Tabla y grafico 15. ASA total general y rangos de arbitrariedad.....	140
Tabla y grafico 16. Valoración de la agencia de autocuidado en el adulto mayor.....	141

AGENCIA DE AUTOCUIDADO Y PRÁCTICAS RELACIONADAS CON LA SALUD EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

I. Resumen

INTRODUCCION: La Organización Mundial de Salud (2016) refiere que entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. Por el deterioro natural de la persona en el proceso del envejecimiento se propone fortalecer la agencia de autocuidado, como una herramienta para conservar la salud de las personas de la tercera edad (Fernández y Manrique-abril, 2010). La agencia de autocuidado según D. Orem (1993) es la habilidad adquirida para satisfacer los requerimientos continuos de cuidado de uno mismo y promueven el bienestar. **METODOLOGIA:** Estudio cuantitativo, transversal, observacional, descriptivo, con una población de 165 adultos mayores que acuden al centro de salud de la ciudad Morelia, los criterios que se tomaron en cuenta fueron adultos mayores con independencia de autocuidado de ambos sexos y que aceptaran participar en la investigación, para la colecta de los datos, se aplicó el instrumento Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (Appraisal of Self-care Agency Scale, ASA) y propuesto por el grupo de investigación en el cual se incluyó este trabajo. Los resultados se analizaron en el Statiscal Package for the Social Science (SPSS), versión 20.0, aplicando estadística descriptiva, al mismo tiempo se analizó la confiabilidad del instrumento a través del Alpha de Cronbach. **RESULTADOS:** En la población estudiada de adultos mayores se observó que el 69.1% son mujeres, el rango de edad que más predominó en ambos sexos fue de 60 a 65 años con una frecuencia de 35.2%, teniendo un nivel de estudio de primaria incompleta, la mayoría están casados, la

principal ocupación desempleados (amas de casa). La capacidad de agencia de autocuidado que poseen las personas adultas mayores encuestadas fue regular con un 78.7%. Las habilidades que poseen los participantes favorecen su auto-cuidado y están relacionadas en su mayoría con el tercer componente (capacidad para operacionalizar el autocuidado), definidas como aquellas habilidades que le permiten al individuo investigar sobre condiciones de sí mismo y del medio ambiente que son significativas para su autocuidado, así como la toma de decisiones y construcción de las acciones para lograr el manejo de su salud y bienestar (Herrera, 2014).

Palabras claves: Agencia de Autocuidado, Prácticas de Salud, Adulto Mayor.

**SELF-CARE AGENCY AND HEALTH RELATED PRACTICES WITH OLDER
ADULTS WHO ATTEND TO THE FIRST LEVEL OF ATTENTION**

I. Abstract

INTRODUCTION: The World Health Organization (2016) states that between the years 2000 y 2050, the population of the planet of individuals older than 60 years old will double, from 11% to 22%. Due to the natural deterioration of the person in the aging process, it has been proposed to strengthen the self-care agency, as a tool to preserve the overall health of the elderly population (Fernández y Manrique-abril, 2010). The self-care agency, according to D. Orem (1993), is the acquired ability to satisfy the continual requirements of attention to oneself which promote well-being. **METHODOLOGY:** This is a quantitative, cross-sectional, observational and descriptive study, with a population of 165 older adults attending the health center of the city of Morelia. The criteria that were taken into account were older adults of both sexes with independence of self-care and who agreed to participate in the study. For the data collection, the Appraisal of Self-care Agency Scale instrument (ASA) was applied by the research group which was included in this work. The results were analyzed in the Statistical Package for the Social Science (SPSS), version 20.0, applying descriptive statistics and, at the same time, the reliability of the instrument was analyzed through the Cronbach Alpha. **RESULTS:** Within the population of older adults studied, it was observed that 69.1% were women, the most common age range in both sexes was 60 to 65 years old, with a frequency of 35.2% having a school level of incomplete elementary studies; most of them are married and their main occupation is unemployed (homemakers). The ability of the self-care agency that the surveyed older adults possess was regular with a 78.7%. The skills that the participants possess favor

their self-care and are related mostly to the third component (ability to operationalize their self-care), which is defined as those skills which allow the individual to find out about conditions of one self and of their environment which may be significant for their self-care, as well as the decision making process and the construct of actions to achieve the management of their health and well-being (Herrera, 2014).

Key words: Self-care Agency, Health Practices, Older Adult

II. Introducción

La Organización Mundial de Salud (2016) refiere que entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo.

En Centroamérica los países con envejecimiento más acelerado son Costa Rica, Panamá y El Salvador, mientras que Honduras enfrentará en poco tiempo los efectos de este proceso (Sermeño, 2014). México ha experimentado una profunda transformación demográfica, la estructura por edades de la población ha cambiado, pasando de una población predominante de menores de 15 años a una de jóvenes. Paulatinamente se ha acumulado una mayor cantidad de personas de 60 y más años, debido a una mayor esperanza de vida. Por ello, este grupo de población ha incrementado su tamaño a un ritmo que duplica al de la población total del país (INEGI, 2014).

Las proyecciones hasta el 2050 en la versión más reciente del Consejo Nacional de Población (CONAPO) muestra que la población adulta en edades laborales aumentará hasta después del 2020. Al mismo tiempo se presentará una decreción en la población de niños y adolescentes, debido a que no se contempla que la fecundidad pueda tomar altos niveles, además de tener la expectativa de que la mortalidad siga decreciendo (Nava-Bolaños y Ham-Chande, 2014).

La ampliación de la esperanza de vida en la población, unida a la disminución de la natalidad en los países desarrollados y algunos en vías de desarrollo, son los factores

principales del incremento acelerado de la población mayor de 65 años, generando uno de los principales problemas socioeconómicos que afrontan. Por ende es importante conocer urgente e integralmente el proceso de envejecimiento humano, que propiciará la adopción de medidas que faciliten a este sector la satisfacción de las condiciones económicas, sanitarias, sociales y espirituales, que garanticen el disfrute de una vejez activa y saludable (Reyes-Torres y Castillo- Herrera, 2011).

Los adultos mayores son vulnerables principalmente a alteraciones sensoriales como visión y audición, desnutrición, incontinencia urinaria, consumo de polifarmacia, deterioro cognitivo, depresión, dependencia en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, alteraciones en la marcha, deficiencia en apoyo social y enfermedades crónicas (Cervantes-Becerra; Villareal-Ríos; Galicia-Rodríguez; Vargas-Daza y Martínez-González, 2014).

Por este motivo, es de vital importancia para el control de las enfermedades degenerativas, educar a la población en la adopción de ciertos hábitos, para llevar una vida sana y activa que ofrezca muchos beneficios, así como introducir pequeños cambios en las personas de la tercera edad que mejoren su salud y calidad de vida (Álvarez, 2014).

Algunas teóricas de enfermería, como Dorothea Orem (1993), proponen que para que el paciente logre el autocuidado debe desarrollar una habilidad humana llamada “capacidad de agencia de autocuidado”, definida como el desarrollo de la compleja capacidad que permite a los adultos discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, de esta forma decidir lo

que puede y debería hacerse con respecto a la regulación para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico y finalmente para realizar las actividades de cuidado determinadas a fin de cumplir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo (Achury-Saldaña, Rodríguez-Comenares y Achury-Beltrán, 2013).

Fomentar la investigación en el profesional de enfermería es de suma importancia porque a partir de los hallazgos se pueden proponer estrategias para mejorar la salud de la población de personas adultas mayores, en especial en un primer nivel de atención, para prevenir complicaciones. Por lo anterior expuesto se gestionó la colaboración con el centro de Salud “Dr. Juan Manuel González Ureña” de Morelia, Michoacán, específicamente con el grupo de Adultos mayores con la finalidad de indagar a partir del instrumento de Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (Achury, 2009) cual es la condición que guardan los adultos mayores que acuden a dicho centro de salud. Ya que el propósito de la presente investigación fue analizar la agencia de autocuidado y prácticas relacionadas con la salud en el adulto mayor que asiste al primer nivel de atención.

En el presente trabajo en la introducción se abordan aspectos generales relativos a el aumento de la población adulta mayor a nivel mundial, y la importancia de actuar en un primer nivel de atención a partir de una valoración de la agencia de autocuidado la agencia de autocuidado y prácticas de salud. La justificación contiene elementos referenciales a la vulnerabilidad, trascendencia y magnitud del problema, en el cual se sustenta la realización de la investigación, apoyado por elementos teóricos, empíricos e históricos, con respecto al planteamiento del problema se delimito la pregunta de investigación así como la hipótesis del trabajo y el marco teórico el cual contiene la

base conceptual de la variables del estudio, consta de una revisión de conceptos de agencia de autocuidado y las prácticas de salud que se relacionan en el adulto mayor.

En el apartado de material y método, se especifica el tipo de investigación que se sustenta bajo un paradigma cuantitativo y que corresponde a un corte transversal, observacional, incluye un muestreo no probabilístico por conveniencia, con una muestra considerada de 165 usuarios adultos mayores con el objetivo de analizar la agencia de autocuidado y prácticas relacionadas con la salud en adultos mayores, para que las capacidades de esta población sean desarrolladas y tengan mejores prácticas de autocuidado.

Con los resultados obtenidos de esta investigación, se destacan los aspectos relevantes para continuar investigando, así como los puntos donde se requiere reforzar la orientación al adulto mayor par aprevenir deterioro en la salud, así como enfermedades crónicas degenerativas y sus complicaciones, evitando o disminuyendo el ingreso a instituciones de salud y por lo tanto una mejor calidad de vida en las personas.

La presente investigación pertenece a la línea de generación del conocimiento del Cuidado integral y Autocuidado en el adulto mayor: cuidado integral que fortalece la práctica de autocuidado en el adulto mayor, a través de intervenciones educativas, aspectos lúdicos, ejercicios, educación para la salud con características propias para esa edad, así como el desarrollo de aspectos de acompañamiento y redes sociales, para fortalecer el estilo de vida saludable de esta población (Lozano y García, 2010).

III. Justificación

3.1 Implicaciones del envejecimiento

La Organización Mundial de la Salud (2016) define envejecimiento como: “Proceso fisiológico que ocasiona cambios positivos, negativos o neutros característicos de la especie durante todo el ciclo de la vida”. Establece que, más allá de una necesidad básica, la salud y el acceso a los servicios relacionados con la misma son derechos fundamentales para cualquier persona.

El proceso de envejecimiento se caracteriza por alteraciones somáticas morfo-funcionales y psicológicas que provocan la disminución de las facultades físicas y cognoscitivas, que se agravan generalmente por la pérdida progresiva de los seres queridos, la disminución de recursos económicos y la pérdida de jerarquía en el seno de la familia que potencializan el deterioro de la personalidad del anciano (Reyes-Torres y Castillo- Herrera, 2011).

En nuestro país, el proceso de envejecimiento se hizo evidente a partir de la última década del siglo pasado, mostrando una inercia que cada vez se hace más notoria. En 2014, la base de la pirámide poblacional es más angosta que en 1990 debido a que la proporción de niños y jóvenes es menor, en este sentido se observa que la participación relativa de adultos mayores aumentó en este periodo de 6.2 a 9.7% y se espera que en 2050 se incremente a 21.5 % (INEGI, 2014).

La población de adultos mayores exige una mayor demanda de servicios de salud, pues en este grupo de edad se presentan mayores tasas de morbilidad y necesidades

de atención médica, que en el resto de la población. También los padecimientos de la población en edades avanzadas tienden a concentrarse en crónico degenerativos. Esta tendencia se acentuará en el futuro, por lo que los costos de la atención a la salud de los adultos mayores se incrementarán, debido a que las enfermedades crónicas degenerativas son de larga duración, lo que implica el uso de terapias basadas en tecnologías y medicamentos más costoso, así como los periodos prolongados de hospitalización (Secretaría de Salud, 2012).

3.2 Instituciones Públicas y el Envejecimiento

Mientras el envejecimiento de la población representa en muchos sentidos un logro, también planea profundos retos para las instituciones públicas que han de adaptarse a una estructura de la población siempre en evolución. El primer reto se asocia con el incremento de la población en edad de retiro y la disminución de la población en edad productiva, lo cual crea presión en los sistemas de apoyo social. Además, la reforma de los sistemas de pensiones, el desarrollo de servicios especializados y la necesaria vinculación entre los aspectos sociales y biomédicos a la salud representan otro reto para la seguridad social. Aunado al envejecimiento, crece la prevalencia de afecciones ligadas a este proceso como son: enfermedad de Alzheimer, osteoporosis, cáncer, enfermedad cardiovascular y diabetes (Instituto de Geriátrica, 2010).

El progresivo aumento de la población de la edad avanzada está obligando a los sistemas de salud de todos los países a diseñar estrategias que respondan a las crecientes demandas de este colectivo, debido a los problemas que lo caracterizan como su morbilidad, donde prevalecen las enfermedades crónicas, debidas a las

modificaciones en los estilos de vida, como a la alta ingesta de sal, la obesidad, tabaquismo, sedentarismo, estrés y una mayor expectativa de vida en la población, situación que lleva a que este sector sea el principal consumidor de recursos sanitarios, servicios hospitalarios, así como el primer consumidor de diversos medicamentos (Fernández y Manrique-Abril, 2011).

El anciano necesita mejorar su salud, requiere atención integral, cuidados y solidaridad entre las personas para vivir mucho más tiempo con calidad, mediante la adopción de estilos de vida saludables y el estricto control de enfermedades que puedan afectarla (Reyes-Torres y Castillo-Herrera, 2011).

El profesional de enfermería es el indicado para propiciar el cambio de hábitos de salud de las personas.

Es importante mencionar que existe estudios transculturales que han revelado la evaluación de la agencia de autocuidado en el adulto mayor, como es el caso de Fernández y Manrique-Abril (2011), donde se investigó la agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en el adulto mayor; dicho estudio se realizó con 240 adultos mayores en Colombia, los cuales fueron evaluados por la escala ASA, los resultados obtenidos arrojan que existe una “baja agencia de autocuidado” por parte de los adultos mayores, en ese país.

Otro estudio realizado por Millán (2010) evaluó la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad de Holguín, empleando un universo de 354 ancianos, con una muestra de 195 de tres consultorios diferentes, a los cuales se les aplicó un Instrumento diseñado al efecto para medir su nivel de autocuidado, como

resultado obtuvieron que el 50,5% de los hombres y el 43,3% de las mujeres no se cuida adecuadamente, existe un déficit de autocuidado cognoscitivo-perceptivo en el 46,7%, un 9,8% tienen déficit parcial y 5,6% déficit total. De los 121 pacientes cuyo nivel de autocuidado es inadecuado el 75,2% son independientes y el 63,6% perciben su estado de salud aparentemente sano.

Garcilazo Salazar en el 2015 realizó un estudio sobre la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en un centro de salud de San Juan de Miraflores. Con una muestra de 140 usuarios, se aplicó el instrumento de Lawton y Brody "Actividades instrumentales de la vida diaria", teniendo como resultado que las capacidades para ir de compras, preparar la comida y responsabilidad de la medicación son las áreas más comprometidas con el 43,2%, 41,9% y 54,1% de dependencia respectivamente.

3.3 Profesional de Enfermería y la Agencia de Autocuidado en adultos mayores

El aumento poblacional y sus condiciones de salud, obliga a las instituciones y al personal a orientar sus esfuerzos hacia la promoción de la salud. El profesional de enfermería es una pieza clave para difundir información que ayude a las personas a cambiar hacia conductas saludables, propiciando el autocuidado, de tal manera que las personas realicen de forma independiente a lo largo de su vida acciones para promover y mantener el bienestar personal (Álvarez y Ramos, 2014).

El profesional de enfermería reconoce de la importancia de identificar la situación en que viven los adultos mayores, porque puede intervenir en este grupo de manera oportuna e integral, con el fin de promover un envejecimiento con un alta autoestima y

con un alto índice de responsabilidad de su autocuidado, dando como resultado adultos mayores más activos y participativos dentro de la sociedad (Ortiz y Castro, 2009).

La agencia de autocuidado es la habilidad adquirida de satisfacer los requerimientos continuos de cuidado de uno mismo, que regulan los procesos vitales, mantienen o promueven la integridad de la estructura, el funcionamiento, el desarrollo humano y promueven el bienestar. Lo que hace necesario que el adulto mayor por el deterioro natural del envejecimiento emplee la agencia de autocuidado para su propio beneficio y bienestar (Fernández y Manrique-Abril, 2010).

Por lo que, con ésta propuesta, se busca conocer las características que tiene la agencia de autocuidado y aplica el adulto mayor y sus prácticas de salud. Con los resultados, será posible proponer la intervención de enfermería específica, sustentado la agencia de autocuidado en las diversas instituciones en donde se preste dichos servicio.

IV. Planteamiento del problema

El envejecimiento poblacional es uno de los más importantes fenómenos de finales del siglo XX y principios del XXI, puesto que traerá profundas modificaciones en las estructuras sociales, económicas y culturales de los países, situación ya experimentada en los países desarrollados (Cano, Garzón, Segura y Cardona, 2012).

Éste fenómeno no se delimita por la edad apta para laborar, sino en términos funcionales de riesgo, pérdida de autonomía, de adaptabilidad y disfuncionalidad motriz, es la consecuencia de dos procesos de transición: una es la demográfica que se caracteriza principalmente por el descenso de la fecundidad y la mortalidad y prolongación de la vida. El otro proceso es el epidemiológico, que se refiere al cambio hacia menores incidencias, prevalencias y letalidad de las enfermedades infecciosas y agudas, junto con el incremento de las enfermedades crónico degenerativas e incapacitantes (Cano, et al. 2012).

En México la población de adultos mayores aumenta año con año, lo que representa un reto para el equipo multidisciplinario de salud que promueve el mantenimiento de la funcionalidad de este grupo etario. El envejecimiento suele acompañarse de algunos cambios orgánicos importantes tales como declive cognitivo y funcional (Enríquez-Reyna; Cruz-Quevedo; Celestino-Soto, Garza-Elizondo, y Salazar- González, 2013).

La baja prioridad que se da a la vejez en las políticas sociales y de salud obliga a los adultos mayores a depender más de su propio esfuerzo, organización y protagonismo, del apoyo solidario de la familia y de la comunidad para satisfacer sus necesidades

básicas, así como de la responsabilidad de enfermería con este grupo etario (Fernández y Manrique-Abril, 2011).

Es por ello que enfermería, como actividad profesional poseedora del conocimiento especializado sobre la agencia de autocuidado, por el contacto directo y cercanía con el paciente, así como por su presencia en todos los niveles de asistencia, se convierte en elemento clave dentro del equipo multidisciplinario en los centros de salud para intervenir, a través de la educación para la salud, en el proceso preventivo dirigido al cambio de estilos de vida o factores de riesgo de los adultos mayores y que puedan incidir en su calidad de vida.

Dentro de este contexto, el presente trabajo responde a la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles es la agencia de autocuidado y prácticas relacionadas con la salud en el adulto mayor que asiste al primer nivel de atención?

V. Objetivos

5.1.- Objetivo general:

- Analizar la agencia de autocuidado y prácticas relacionadas con la salud en el adulto mayor que asiste al primer nivel de atención.

5.2.- Objetivos específicos:

5.2.1 Identificar la agencia de autocuidado en el adulto mayor, que acude al centro de salud “Juan Manuel González Ureña”

5.2.2 Reconocer los hábitos de higiene en los adultos mayores participantes de acuerdo a su género.

5.2.3 Identificar la capacidad de conseguir ayuda del adulto mayor cuando así lo requiera.

5.2.4 Valorar la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor en relación con el consumo de medicamentos.

VI. Marco Teórico Conceptual

6.1.- Definición de Adulto Mayor y Vejez

La Organización Mundial de Salud considera a la personas de 60 a 74 años como edad avanzada, de 75 a 90 años viejas o ancianas, y los que sobre pasan los 90 años se les determina grandes, viejos o longevos, también menciona, que los individuos que sobre pasan los 90 años se les llamara personas de la tercera edad, en el caso de las naciones unidas consideran anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo, es decir que en México se considera anciana una persona a partir de los 60 años (Quintanar, 2010).

La Organización Panamericana de la Salud considera como personas adultas mayores aquellas que tienen 60 o más años de edad, de acuerdo al estándar técnico aplicado, teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población de la región y las condiciones en las que se presenta el envejecimiento (OPS, 2011).

Para Silvestre, Solé, Pérez y Jodar (1995, citado en Ramos, Meza, Maldonado, Ortega, Hernández, 2009) el envejecimiento no debe entenderse únicamente como un fenómeno estrictamente orgánico, sino que es un proceso más complejo en el que también interactúan variables sociales y psíquicas. Plantean que el envejecimiento del ser humano es un proceso caracterizado por la diversidad. Los factores que determinan dicha diversidad son: la herencia genética, el estado de salud, el status socioeconómico, las influencias sociales de la educación y la ocupación ejercida, las diferencias por generación y la personalidad es una etapa cambiante a lo largo del tiempo.

6.2.- Epidemiología en el Adulto Mayor

El aumento de la proporción de personas mayores es cada vez más significativo en las regiones de los países. Entre 1975 y 2000 el porcentaje de la población de 60 años y más, pasó de un 6.5% a un 8.2% en América Latina y el Caribe. Para el año 2025 se espera que esta cifra sea cercana al 15%, lo que sin duda hará que este grupo adquiera una mayor notoriedad en la población. Hacia 2050 las personas de edad representarán aproximadamente el 24% de la población, de tal manera que una de cuatro personas tendrá 60 años o más. El envejecimiento de la población obedece a tendencias demográficas históricas. La reducción de las tasas de mortalidad en la década de 1950, y en particular de la mortalidad infantil, trajo consigo un aumento en la esperanza de vida en los países latinoamericanos. Sin embargo, y sin lugar a dudas, la disminución de la fecundidad en los años sesenta y comienzos de los setenta ha sido la principal fuerza remodeladora de las estructuras demográficas (CELADE, 2009).

El envejecimiento de la población en México es uno de los retos más importantes que enfrentará el país durante la primera mitad de este siglo. En poco tiempo la población en edades avanzadas aumentará respecto a otros grupos de edad, lo que implica cambios en las capacidades de trabajo y de producción, así como en la demanda de bienes y servicios de salud, de seguridad social y de relaciones familiares.

6.3.- Prácticas de salud y relación con el Adulto Mayor

El envejecimiento es un proceso natural e irreversible que comprende los cambios biopsicosociales en el individuo. Estos cambios conducen al deterioro funcional y pérdida de la iniciativa lo que genera vulnerabilidad y por ende disminución del bienestar. Es necesario que el adulto mayor logre en lo posible una longevidad satisfactoria evidenciada en su calidad de vida, por tanto conseguir una mejor calidad de vida del adulto mayor implica asumir voluntariamente el cuidado de su propia salud, es decir practicar el autocuidado; lo que le ayudará a mantener un envejecimiento seguro y saludable (Garcilazo y Salazar, 2015).

Fernández, *et al* (2013) menciona en su estudio de las prácticas de cuidado de la salud de las personas adultas mayores institucionalizadas, que las prácticas de cuidado de la salud son interpretadas como acciones de autocuidado de responsabilidad individual.

En enfermería, para Dorotea Orem citado por Marriner (2007) el autocuidado «es la práctica de actividades que los individuos jóvenes y adultos mayores inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar».

Es decir las prácticas de salud son todas aquellas acciones, estrategia y habilidades que se llevan a cabo diariamente enfocadas a beneficiar la salud física, psíquica y social que se realiza de manera libre, incluyendo aquellas que deben de realizarse para el bienestar de su propia salud.

Es así que las personas de la tercera edad deben llevar a la práctica los hábitos necesarios para obtener un autocuidado de calidad y lograr beneficios que se reflejen en una vida saludable y activa. Es por ello que el envejecimiento saludable, es sinónimo de envejecimiento sin discapacidad. Este ha sido asociado a mejoras en la

nutrición, la actividad física, y el control adecuado de factores de riesgo como el hábito de fumar, consumo de bebidas alcohólicas, así como evitar o reducir el aislamiento social y mental (Fernández y Méndez, 2007).

Así mismo, el envejecimiento activo es una estrategia creada para contrarrestar la problemática general de la población de personas mayores; incluye intervenciones desde diferentes sectores con distintas estrategias que influyen de forma positiva en los determinantes del envejecimiento activo: "género y cultura, salud y sistema de servicio social, factores económicos, ambiente físico, factores personales, del comportamiento, y el ambiente social". Esto dará como resultado una mejor calidad de vida para las personas mayores (Rodríguez, 2011).

Los países en vías de desarrollo, al igual que el resto del mundo, enfrentan la transición demográfica y epidemiológica; desde el punto de vista clínico, esto significa que tanto los médicos, personal de enfermería, equipo multidisciplinario, las instituciones y organismos relacionados con la atención de la salud deben aumentar su nivel de preparación frente a los problemas médicos relacionados con el envejecimiento

El profesional de Enfermería tiene un papel central en la atención de la salud del adulto mayor, ya que se concibe a la enfermería como una disciplina cuyo objeto de estudio es el "cuidado" a la salud de la persona sana o enferma en su dimensión integral con el propósito de que utilice todas sus capacidades y potencialidades para la vida (Lozano, 2009).

6.4.- Programas de salud relacionada con el Adulto Mayor

En el Programa Nacional de Población 2008 – 2012, se reconoce la necesidad de adaptar a muchas de nuestras investigaciones como seguridad social y salud e incluso la familia, para dar respuesta a una creciente población entre las edades avanzadas.

Las personas mayores hacen aportes a la sociedad de muchas maneras, ya sea en el seno de sus familias, en la comunidad local o en la sociedad en general. Sin embargo, el alcance de esos recursos humanos, sociales, así como las oportunidades que tendremos al envejecer dependerán en gran medida de algo fundamental que es la salud. Si las personas viven esos años adicionales de vida en buen estado de salud, su capacidad para hacer lo que valoran apenas tendrá límites. Pero si esos años adicionales se caracterizan por la disminución de la capacidad física y mental, las consecuencias para las personas mayores y para la sociedad, ese cambio demográfico tiene varias consecuencias para la salud pública. Gozar de buena salud es fundamental para que las personas mayores mantengan su independencia y puedan tener un lugar en la vida familiar y en su comunidad. Cuidar la salud a lo largo de la vida y prevenir la enfermedad pueden evitar o retrasar la aparición de enfermedades crónicas y no transmisibles, como las cardiopatías, los accidentes cerebro vasculares y el cáncer (Bread, 2011).

Pero esas enfermedades también deben ser detectadas y tratadas a tiempo con el fin de reducir al mínimo sus consecuencias; además, quienes padezcan una enfermedad avanzada necesitarán cuidados y un apoyo adecuado de forma prolongada. El mejor

modo de prestar esos servicios es mediante un sistema integral de atención primaria (OPS, 2011).

Cada vez que ocurre un avance en la salud pública y en la medicina, las tasas de mortalidad disminuyen y las personas viven más tiempo. Las mejoras de los servicios de drenaje y potabilización del agua, el control de la temperatura en las viviendas, la refrigeración para la conservación de los alimentos y el desarrollo de los antibióticos han impactado significativamente la esperanza de vida de generaciones enteras. Estas realizaciones han contribuido a la primera revolución de la longevidad; hoy sobreviven hasta la edad avanzada un número mayor de personas que en cualquier otra época de nuestra historia (Instituto de Geriatria, 2010).

Garcilazo-Salazar (2015) menciona que el envejecimiento es un proceso natural e irreversible que comprende los cambios biopsicosociales en el individuo. Estos cambios conducen al deterioro funcional, pérdida de la iniciativa lo que y por ende disminución del bienestar. Para el Instituto de Geriatria (2010) es un fenómeno de suma complejidad, cuya naturaleza multifactorial es objeto de análisis por una variedad de disciplinas a lo largo de un espectro de tópicos que oscilan desde los aspectos moleculares y evolutivos hasta sus implicaciones socioeconómicas, políticas y de derechos humanos.

Durante la última década, la preocupación de la comunidad internacional respecto de la situación de las personas de edad se ha reflejado de forma gradual en la adopción de políticas internacionales específicas que la abordan desde la perspectiva de los derechos humanos, como la establece la Norma 031- SSA3-2012, de asistencia social

(DOF, 2012). Prestación de servicios de adultos y adultos mayores; esta norma tiene por objeto establecer las características de funcionamiento, organización e infraestructura que deben observar los establecimientos de los sectores público, social y privado, que presten servicios de asistencia social a personas adultas y adultas mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad.

A partir de los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad, de 1991, varios países de la región normaron los derechos de este grupo social en las legislaciones nacionales. Más adelante, con el Año Internacional de las Personas de Edad en 1999 y la celebración de la segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en 2002, este proceso se intensificó y continuó hasta el presente, gracias al impulso de la Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, adoptada en 2003, y de la Declaración Brasilia, en 2007. Actualmente hay 13 países que cuentan con leyes de protección de los derechos de las personas mayores en América Latina, y al menos otros tres están trabajando en su creación. Este proceso de elaboración de normas junto con la jurisprudencia de varios Estados revela la emergencia de nuevos entendimientos y consensos en torno a los derechos de las personas de edad.

En México la promoción de salud y los programas prioritarios en salud hacia el adulto mayor han elaborado programas como el Programa de Atención al Envejecimiento que fue consolidado debido a la presentación de necesidades que fueron focalizándose hacia el adulto mayor (> de 60 años y más). Entre los antecedentes para su consolidación, destacan: el estudio realizado en 1999 por el Centro de Economía y Salud el cual, clasificó las necesidades prioritarias para este grupo vulnerable en

categorías basadas principalmente, en el grado de discapacidad y resaltando desde entonces, la demencia. Otro detonante fue que, en el mismo año, con la finalidad de evaluar el estado de salud y las condiciones de vida actuales de esa población, se aplicaron encuestas como una exploración que contribuyó a que México determinará la necesidad de información por el adulto mayor que para entonces, era inexistente (Programa de Atención al Envejecimiento, 2012).

El programa de acción específica del envejecimiento (2007 – 2012) resalta la trascendencia que pretende el presente trabajo, al establecer que el mayor énfasis se enfoca al desarrollo de políticas globales en promoción de la salud y prevención de enfermedades, coordinadas con el resto de los programas y estrategias sectoriales, a fin de mejorar la eficacia y fortalecer las alianzas estratégicas con objetivos comunes, en donde se busca que el adulto mayor participe activamente en la autogestión de sus cuidados, con la complementación activa de sus familiares y, en caso necesario, de sus cuidadores, con la firme convicción de que la vejez debe ser una etapa de la vida libre de enfermedad y dependencia, en cualquiera de sus formas.

A pesar de los diversos programas dirigidos a los adultos mayores, para mejorar la calidad de vida y su salud, es evidente que se continua con estilos de vida no saludables aunado a la disfuncionalidad propia de la misma edad donde surge el aumento de patologías y discapacidades el adulto mayor y posteriormente a la dependencia y al déficit de su autocuidado.

Otro aporte de importancia lo ha realizado la Organización Mundial de la Salud (2015) a través de la política de envejecimiento activo adoptada en 2002, por medio de la que

hace operativos los derechos humanos fundamentales consagrados en los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad en el contexto de las políticas de salud públicas y privadas. Este ejemplo fue seguido el mismo año por su organización homóloga a nivel interamericano, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2002). Ambas organizaciones han participado en la elaboración de normas sobre cuestiones de particular interés para la salud de las personas de edad, como es el Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable (OPS, 2011).

Todas las instituciones de Salud promueven que se actué a nivel preventivo y se evite las enfermedades y sus complicaciones. Se insiste en que la población realice acciones de promoción de la salud tendientes a propiciar un bienestar en la persona.

Para que la Promoción a la salud sea efectiva, se requiere contextualizar el fomento del autocuidado de acuerdo con las características culturales, de género y la etapa del ciclo vital en que se encuentra la población de estudio. Asumir que las personas realizan las prácticas de autocuidado con la certeza de que mejorarán sus niveles de salud, sin olvidar que no todas las prácticas para cuidarse redundan en mayores niveles de salud, bien porque en sí mismas no producen el efecto deseado, o porque resultan insuficiente pues no son practicadas con la frecuencia y permanencia requeridos.

6.5.- Teoría de Déficit de Autocuidado

Es importante conocer las diferentes teorías, modelos o marcos conceptuales de enfermería para estar bien documentada en la literatura internacional. Ellas facilitan la estructura, la organización y el conocimiento de enfermería, el razonamiento de un significado sistemático que explican, predicen e influye en el cuidado de enfermería. Y así pretender dar alternativas de solución a la problemática de la dependencia del adulto mayor, como son las enfermedades degenerativas y disminuir la estancia en las instituciones de atención, con el fin de lograr la autonomía de cuidado en cada adulto mayor que participe.

Diversos autores abordan el tema del autocuidado, en el caso de enfermería Dorothea E. Orem (1993) refiere que son las capacidades de las personas para ocuparse en tipos particulares de acciones para el logro de objetivos, es decir, son las personas quien realmente realizan acciones específicas para su salud o bienestar, para lo cual la misma teórica propone la agencia de autocuidado.

La teoría del déficit de autocuidado es el producto de un esfuerzo sistemático de más de 50 años por la autora, es una teoría general, constituida por tres teorías: Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit del Autocuidado y Teoría de los Sistemas de Enfermería.

La teoría de autocuidado tiene algunos conceptos clave para su comprensión. El Autocuidado es el conjunto de acciones intencionales que realiza la persona para controlar factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y su desarrollo posterior. Las personas deben alcanzar algunos objetivos cuando se ocupan de su autocuidado, los cuales se denominan como Requisitos de Autocuidado, y son de tres

tipos: requisitos universales, requisitos de desarrollo y requisitos ante el desvío de la salud. Los primeros permiten el mantenimiento de la estructura y el funcionamiento humano, comunes a todos los individuos. Los segundos se refieren a las condiciones de maduración y a los nuevos eventos en el ciclo vital. Ejemplos de ellos pueden ser la adaptación a un nuevo trabajo, a la muerte de un ser significativo, a los cambios físicos. Los últimos son los que se presentan cuando hay enfermedad o lesión, y deben mantenerse bajo tratamiento.

Orem parte de la premisa de que todo individuo está en capacidad de satisfacer su autocuidado. Lo explica mejor con el concepto de Agencia de Autocuidado que son las capacidades y el poder de la persona para cuidar de sí misma. Quien posee esa agencia se denomina Agente de Autocuidado, es decir, uno mismo. Cuando las acciones de autocuidado las debe realizar otra persona, se llama Agente de Cuidado Dependiente, y si son cuidados especializados, realizados por una persona con formación en enfermería, se denomina Agente de Cuidado Terapéutico. Otro concepto de gran importancia son los Factores Condicionantes Básicos: edad, sexo, momento del ciclo vital, estado de salud, disponibilidad de recursos, nivel educativo, sistema familiar, orientación sociocultural. Según Orem, los Factores Condicionantes Básicos vienen a afectar la capacidad de autocuidado del individuo, la cantidad o el tipo de autocuidado requerido (López-Díaz, 2003).

El autocuidado es una conducta humana, un comportamiento aprendido que tiene las características de acción intencionada. El autocuidado se produce a medida que los individuos se ocupan en acciones para cuidar de sí mismos influyendo en los factores internos y externos para regular su propio funcionamiento y desarrollo interno. Las

acciones de autocuidado llevadas a cabo durante un cierto período de tiempo son realizadas por las personas en su ambiente habitual y dentro del contexto de sus patrones de vida diaria. El autocuidado está intercalado en las actividades de la vida diaria y no es en sí una actividad de la vida diaria y no constituye un centro de atención importante. En este sentido es similar al conocimiento tácito, no explícito que se encuentra indisolublemente intrincado en la acción.

6.6.- Instrumento de valoración en la agencia de autocuidado

La formalización del concepto de agencia de autocuidado se produjo entre 1958 y 1970. Las reflexiones iniciales sobre la propiedad humana llamada agencia de autocuidado fueron expresadas como las capacidades y limitaciones de los individuos para ocuparse en su autocuidado (Orem, 1993)

Para Orem, la agencia de autocuidado es entendida como “la habilidad adquirida de satisfacer los requerimientos continuos de cuidado de uno mismo, que regulan los procesos vitales, mantienen y promueven la integridad de la estructura, el funcionamiento, el desarrollo humano y promueve el bienestar (Fernández y Manrique-Abril, 2011).

La agencia de autocuidado se formalizó como una estructura sugerida de la combinación de tres partes: las capacidades para realizar operaciones de autocuidado estimativas, transicionales y productivas, los diez componentes de poder que capacitan para la realización de operaciones de autocuidado y las capacidades fundamentales y disposiciones que articulan con los componentes de poder en su relación con las capacidades operativas (Fernández, 2011).

Según Gast H. (1989) citado por Garcilazo (2015) menciona que la estructura conceptual de la agencia de autocuidado es la capacidad de los individuos que les permite comprometerse con el autocuidado. La agencia de autocuidado es una estructura compleja que depende de tres componentes para su ejecución y son: las capacidades fundamentales y disposición, los componentes de poder y las capacidades para operaciones de autocuidado.

También nos señala que las capacidades fundamentales y disposición, son aquellas que tienen lugar cuando el individuo realiza cualquier tipo de acción deliberada y no solamente actividades de autocuidado. Estas disposiciones fundamentales y rasgos o características consisten en capacidades que tienen que ver con sensaciones, percepciones, memoria y orientación (Garcilazo, 2015)

Así mismo nos indica que los componentes de poder son descritos como aquellas capacidades que facilitan las prácticas de autocuidado en el individuo, por ejemplo:

- Habilidad para mantener la atención y ejercitar adecuada vigilancia con respecto: hacia uno mismo como agente de autocuidado y hacia las condiciones internas, externas y hacia los factores importantes para el autocuidado.
- Habilidad para controlar la posición del cuerpo y sus partes en la ejecución de los movimientos que se requieren para la iniciación y cumplimiento de las operaciones de autocuidado
- Estar motivado para adquirir conocimientos técnicos acerca del autocuidado para retener dicho conocimiento y operacionalizarlo.

- Habilidad para razonar dentro de un marco de referencia de autocuidado tomar decisiones acerca del cuidado de sí mismo y para operacionalizar estas decisiones.
- Habilidad para ordenar acciones de autocuidado dentro de sus relaciones, junto con acciones que llevan hacia la realización final.
- Realizar e integrar operaciones de autocuidado en las actividades de la vida diaria.
- Habilidad para realizar actividades integrándolas con aspectos relevantes de la persona, la familia y la vida de la comunidad.
- Regular energía física disponible para el autocuidado que sea suficiente para la iniciación y continuación de las operaciones del autocuidado.
- Un repertorio de habilidades cognoscitivas, preceptuales, manipulativas (manejables), de comunicación e interpersonales, adaptadas a la ejecución de operaciones de autocuidado

Por otra parte, las capacidades más fundamentales, son las que Orem llama operaciones de autocuidado, y estas se clasifican en tres tipos a saber:

- *Operaciones estimativas.* Consisten en investigar condiciones y factores en uno mismo y en el ambiente que son significativas para el autocuidado.
- *Operaciones transicionales.* Implican hacer juicios y decisiones sobre lo que uno puede, debe y hará, para satisfacer los requisitos de autocuidado.

- *Operaciones productivas.* Implican ejecutar medidas para satisfacer los requisitos de autocuidado.

La idea de considerar la agencia de autocuidado es justamente incidir en mejorar las habilidades que los adultos mayores presentan para conservar y mantener su salud en forma integral de acuerdo a sus capacidades y entorno (López, 2003).

La teoría del déficit de autocuidado describe lo que la enfermería es y puede ser, una vez que orienta hacia cuando hay necesidades de la enfermedad. El déficit de autocuidado explica la relación entre las capacidades y poder del individuo para alcanzar los objetivos del autocuidado. Entonces, el déficit de autocuidado no se refiere a una limitación específica, sino establece la relación entre lo que individuo es capaz y la necesidad que posee. Instalando el déficit de autocuidado, se debe realizar acciones profesionales en enfermería durante algún tiempo para compensarlo; a esto Orem lo llama Demanda Terapéutica de Autocuidado (Orem, 1993)

Cuando existe el déficit de autocuidado, el profesional de enfermería puede compensarlo por medio del Sistema de Enfermería, que puede ser: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. El tipo de sistema dice del grado de participación del individuo para ejecutar su autocuidado, regular o rechazar el cuidado terapéutico. Una persona o grupo puede pasar de un sistema de enfermería a otro en cualquier circunstancia, o puede activar varios sistemas al mismo tiempo

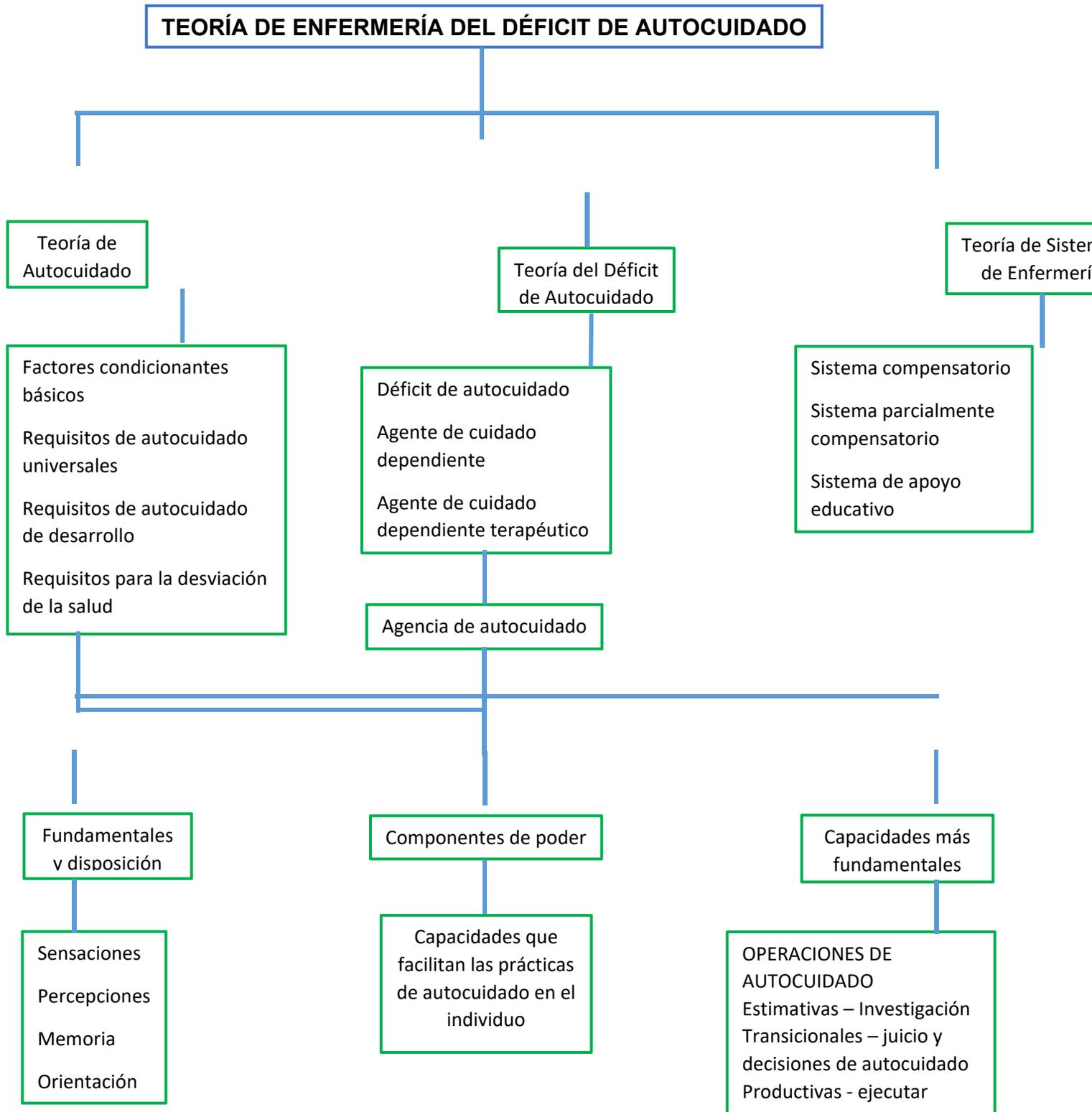


Figura No 1. Marco conceptual de la teoría de enfermería del déficit de autocuidado.

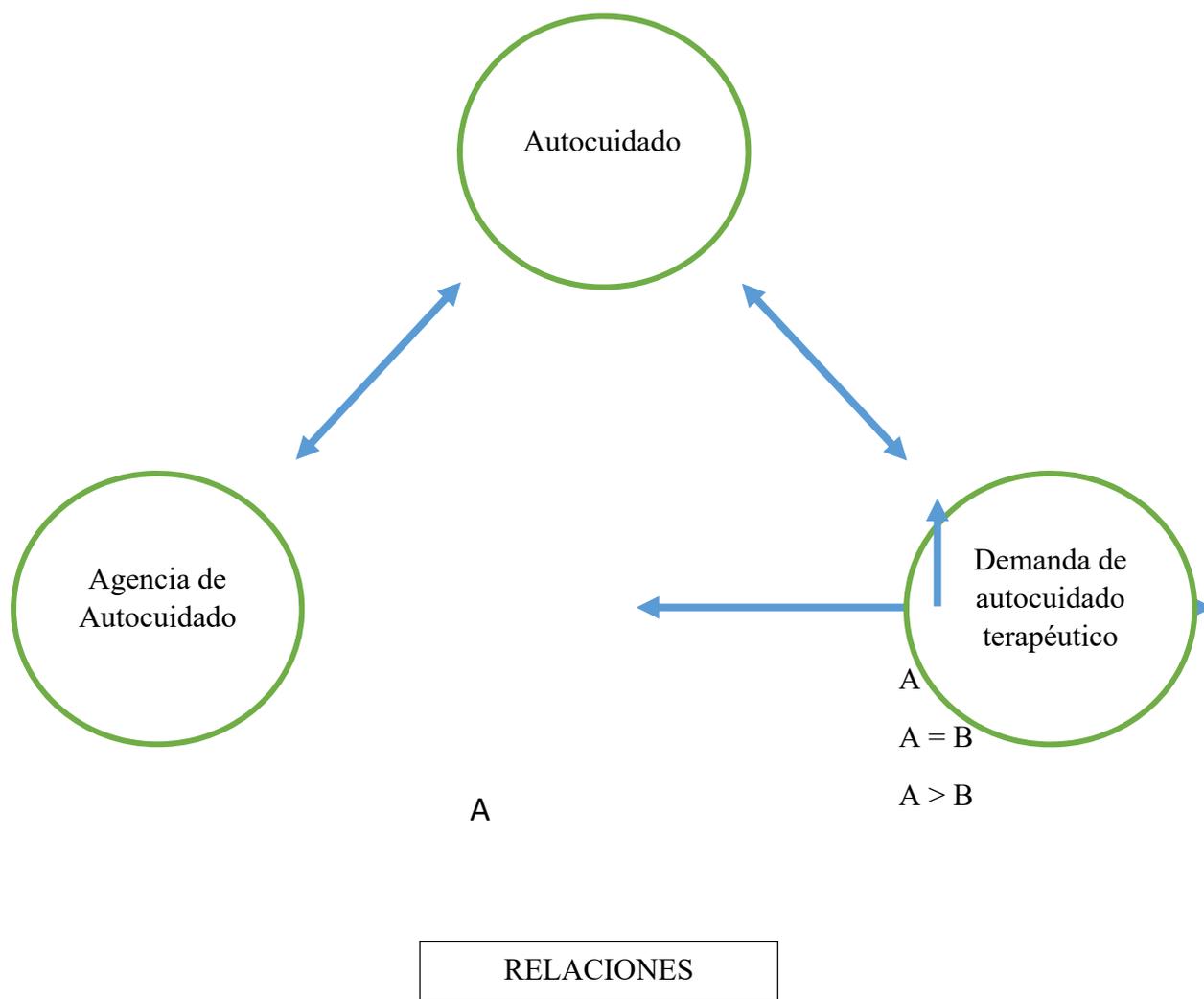


Figura No 2. Marco conceptual para la enfermería. R, relacionado; <, déficit en la relación, actual o potencial (Orem, 1993)

VII. Material Y Métodos

7.1.- Tipo de estudio.

El presente estudio es una investigación de tipo cuantitativo, transversal, observacional, prospectivo, ya que su variable es medible accediendo a su cuantificación para el análisis estadístico.

7.2.- Definición del universo de estudio.

El estudio se realizó en el transcurso de noviembre 2015 a mayo de 2016, en adultos mayores que acuden a un primer nivel de atención en el centro de salud “Dr. Juan Manuel González Ureña” de Morelia, Michoacán.

7.3.- Tamaño de la muestra.

La muestra fue no probabilística por conveniencia; con una población de 165 adultos mayores que realizan prácticas de autocuidado que son relacionadas con la salud, y acude al centro de salud de Morelia, en la selección para la muestra se consideraron los criterios que se mencionan más adelante.

7.4.- Definición de la unidad de observación.

Los adultos mayores que acudan al centro de salud “Dr. Juan Manuel González Ureña” de la ciudad de Morelia.

7.5.- Criterios.

7.5.1.- Inclusión:

Adultos mayores con independencia de autocuidado de ambos sexos que acudan al centro de salud de Morelia

Adultos mayores que no vivan con la familia.

Adultos mayores que acepten participar en el trabajo de investigación

7.5.2.- Exclusión

Adultos mayores con dificultad de audición, deterioro cognitivo, dependiente de autocuidado.

Adultos mayores que tengan trastorno mental.

Adultos mayores dependientes de un familiar para su autocuidado.

7.5.3.- Eliminación:

Instrumentos incompletos o mal llenados.

7.6.- Variables

7.6.1.- Variable dependiente:

Agencia de autocuidado

7.6.2.- Variable independiente:

Prácticas relacionadas con la salud

7.7.- Instrumento.

La escala “Apreciación de la agencia de autocuidado (ASA) ha sido desarrollada para medir las capacidades de agencia de autocuidado. El desarrollo de la escala fue un trabajo colectivo de profesores de la Wayne State University y la University of Limburg, la escala está basada en la Teoría de enfermería de Dorothea Orem. Y ha sido traducida, adaptada transculturalmente y validada para países de Europa, Asia oriental y Latinoamérica.

La medición de la validez conceptual y confiabilidad de la escala ASA en versión español fue realizada por Gallegos en un grupo de pacientes con diabetes, obteniendo un alfa de Cronbach de 0,77 (7). Ésta escala fue revisada y adaptada transculturalmente para la población Colombiana por la profesora Edilma de Reales de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, con un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de 0.7440 (8). La escala ASA consta de 24 ítems tipo Likert de cuatro alternativas de respuesta: uno (nunca) significa el valor más bajo de la agencia de autocuidado y cuatro (siempre) el más alto (Velandia y Rivera, 2009).

La capacidad de agencia de autocuidado que deben desarrollar los adultos mayores es fundamental, ya que permite prevenir, controlar y disminuir complicaciones de enfermedades, por un manejo inadecuado de su propio autocuidado.

Conforme se desarrolló dichas escalas y se determinaba su efectividad en la búsqueda del diagnóstico de las habilidades de las personas para cuidarse a sí, fue necesario crear una escala que integrara los distintos componentes de la capacidad de agencia

de autocuidado en los tres elementos que la forman: capacidades fundamentales, operativas y de poder (Leiva et al, 2015).

Para desarrollar estas habilidades las personas de la tercera edad deben contar con tres elementos:

- *Capacidades fundamentales y disposición del autocuidado*: considerados las habilidades básicas del individuo (percepción, memoria y orientación).
- *Capacidades de poder*: que está constituido por habilidades que impulsan el individuo a la acción de autocuidarse (motivación, adquisición de conocimientos, habilidad para ordenar acciones de autocuidado y capacidad de integración del autocuidado en su vida familiar y comunitaria).
- *Capacidades de operacionalizar el autocuidado*: que corresponde a las habilidades que le permiten al individuo investigar sobre condiciones de sí mismo y del medio ambiente, que son significativos para su autocuidado, así como la toma de decisiones y construcción de las acciones para lograr el manejo de su enfermedad (Achury et al, 2009).

Descripción del alfa de Cronbach global y por dimensiones.

El siguiente punto trata de los resultados del análisis de confiabilidad de la escala ASA de la presente investigación, donde se reportó un alfa de Cronbach global de dicha escala con 24 ítems, de 0.806 y por dimensiones en donde la estimativa es de 0.716, la transicional fue de 0.716, mientras que en las productivas se observó de 0.508.

Tabla 42.- Confiabilidad

No. De ítems	Alfa de Cronbach	N=
24	0.806	165
Dimensiones del instrumento ASA		
Dimensión	Alfa de Cronbach	
Estimativa	0.583	
Transicionales	0.716	
Productivas	0.508	

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016

Además, para este estudio se tomará los rangos propuestos por Contreras (2013) donde detalla la escala valoración agencia de autocuidado (ASA) los cuales son sumados y ubicados en un rango de 24 a 96 puntos interpretados de la siguiente manera: 24-43 muy baja agencia de autocuidado, 44-62 baja agencia, 63-81 regular y de 82-96 buena.

Para complementar los datos obtenidos con la escala de valoración “Agencia de autocuidado”, se aplicó una cedula con variables sociodemográficas y con preguntas relativas al autocuidado del adulto mayor.

7.8.- Procedimiento

Una vez que el proyecto de investigación se autorizó por el comité de investigación y bioética de la facultad, así como por parte de las autoridades correspondientes de la secretaria de Salud. Se procedió a convocar a las personas y a gestionar el espacio idóneo para la aplicación del instrumento.

Para la recolección de datos se contó con un espacio dentro del centro de salud “Dr. Juan Manuel González Ureña” de la ciudad de Morelia, donde se realizó la primera parte de la encuesta, al terminar esta etapa se registraron los signos vitales (tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria), así como peso, talla, perímetro abdominal e índice de masa corporal, posteriormente se concluyó la encuesta donde se efectuó la valoración de la agencia de autocuidado, al obtener todos los datos, se le dio la información sobre su autocuidado, la importancia de tener actividad física así como la de acudir a la consulta con su médico.

Se invitaron a las personas mayores de 60 años o más, a participar en el estudio, se explicó a cada participante el objetivo del estudio, los principios éticos de autonomía, confidencialidad, veracidad de la información y el derecho a retirarse cuando la persona lo determine para así obtener el consentimiento.

Una vez que los adultos mayores aceptaron participar se acordó fecha, hora y lugar para la aplicación del instrumento “Apreciación de agencia de Autocuidado”. Para lo cual las integrantes del cuerpo académico *Promoción de la Salud*, así como la investigadora principal de este trabajo de tesis, trabajaron en equipo, aplicando

encuestas, escuchando a los adultos mayores, tomando signos vitales, peso, talla, perímetro abdominal, índice de masa corporal. También se les brindo información sustancial para reforzar su autocuidado. Al final se les invito un pequeño refrigerio y se les agradeció su participación.

La información se recopiló mediante la aplicación del instrumento Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) posterior a esto se procedió al análisis estadístico de los resultados.

7.9.- Análisis Estadístico:

Se elaboró una base de datos en el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 18, para su procesamiento y análisis de resultados. Se aplicó la estadística descriptiva con medidas de tendencia central, media, mediana y moda. Se determinó la confiabilidad interna del instrumento a través de la aplicación de Alpha de Cronbach con un puntaje de 0.806, así como la confiabilidad por dimensiones estimativas (0.583), transicionales (0.716), productivas (0.508).

Para la presentación de los resultados se diseñaron tablas de frecuencia y porcentaje, así como la valoración por rangos de agencia de autocuidado, el rango muy baja fue del 2.5%, el 11.5% presento baja agencia de autocuidado, mientras que el 78.7% fue la frecuencia de una regular agencia de autocuidado y con una buena el 7.3%.

7.10.- Organización:

7.10.1.- Recurso humano: Docentes integrantes del cuerpo académico “Promoción de la Salud”, y estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo aplicaron las encuestas a los adultos mayores (Ver anexo 1).

7.10.2.- Recursos materiales: hojas de papel, lapiceros, tablas de apoyo, impresiones, computadora, sillas, mesas, baumanómetros, estetoscopio, básculas, cintas métricas, café, alimentos (fruta, gelatina, tortas)

7.11.- Programa de trabajo: Se realizó un cronograma de actividades a realizar con fechas y tiempos establecidos a las necesidades de la misma investigación (ver anexo 2).

7.12.- Presupuesto: Los costos de la investigación fueron variables y solventados por la tesista.

7.13.- Plan de difusión y publicación de resultados:

Una vez finalizada la investigación, los resultados se presentarán al centro de Salud “Dr. Juan Manuel González Ureña” de Morelia, Michoacán

Se publicará un artículo de investigación indexado con los resultados expuestos en esta tesis

Se dará difusión de los hallazgos en congresos y seminarios de investigación internacionales y nacionales

VIII Consideraciones Éticas Y Legales

El desarrollo de la investigación estuvo enmarcado en los cuatro principios bioéticos fundamentales de:

AUTONOMÍA

En la medida en que los sujetos contaron con la libre decisión de participar o no en el estudio, de abandonar en cualquier momento su participación en la ejecución de la recolección de datos, y finalmente solo se recolectó la información posterior haber realizado una explicación clara del estudio y la obtención de la forma del consentimiento informado.

PRIVACIDAD

Se garantizó que ningún tipo de identificación se pusiera en el desarrollo del instrumento, se asegura de igual forma que los resultados individuales se mantendrían en estricta confidencialidad y solo se utilizarían por la investigadora.

NO MALEFICENCIA

Se explicó a los participantes que su intervención o no en la investigación, no afectaría de ninguna manera la calidad del cuidado y servicio que les brinda en la institución.

VERACIDAD

Se garantizó el compromiso de transcribir y expresar la información manifestada por cada participante durante la recolección de datos, así como el manejo de la información, será procesada en total confidencialidad y solo con el propósito de los fines establecidos.

El estudio se llevó a cabo bajo lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud considerando los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos (DOF, 2012). En donde prevalece el criterio del respeto a su dignidad, así como la protección de sus derechos y bienestar (artículo 13).

Establecen los lineamientos y principios generales que marca el artículo 14 en donde la investigación que se realice en seres humanos deberá apegarse de acuerdo a lo establecido en las siguientes fracciones:

Fracción 1.- Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.

Fracción V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que el reglamento señale.

Fracción VII.- Contará con el dictamen favorable de las comisiones de investigación, ética y la de bioseguridad, en su caso.

Fracción VIII.- se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la secretaria.

En la investigación con seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice (artículo 16).

Esta investigación, por ser ejecutada en seres humanos, se buscará predominar el respeto a la dignidad y bienestar del usuario. En el cual se abordó en cada persona de forma individualizada y particular, considerándolo como un ser integral. Se explicó en forma clara y completa los objetivos del estudio de investigación de tal forma que pudiera comprenderla, así como se llevaría a cabo la colecta de los datos, esto a través del consentimiento informado por escrito, mediante el cual la persona que está sujeto a la investigación autoriza su participación en la investigación, el participante tendrá la libertad de retirarse y dejar de participar en el estudio en el momento que considere pertinente, aclarando cualquier pregunta o duda acerca de los procedimientos (Artículo 20, Fracción I,II,III,VI, VII y VIII, Artículo 22, Fracción I, II, III, IV y V)

Así mismo se solicitó la autorización correspondiente en la institución de salud donde se llevó a cabo el estudio. De la misma manera se explicó a los participantes en qué consiste la participación y se elaboró el consentimiento informado, dado que no se realizará ningún procedimiento invasivo a la persona se considera de riesgo mínimo.

IX. Resultados

9.1 Características sociodemográficas del paciente adulto mayor en estudio.

En las siguientes tablas se muestra la información de las características sociodemográficas de los participantes y los resultados del estudio de las capacidades de agencia de autocuidado.

Tabla 1. Sexo y edad

Género	<i>f</i>	%
Femenino	114	69.1
Masculino	51	30.9
Total	165	100.0

Rango de edad	<i>f</i>	%
60-65	58	35.2
66-70	47	28.5
71-75	28	17.0
76-80	17	10.3
Mayor de 80	15	9.1
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016

En la Tabla 1 se observa que en este estudio hubo mayor participación del sexo femenino (69.1%), mientras que el rango de edad predominante fue entre 60 a 65 años (35.2%).

Clasificación	f	%
Analfabeta	39	23.6
Primaria incompleta	44	26.7
Primaria completa	22	13.3
Secundaria incompleta	9	5.5
Secundaria completa	11	6.7
Bachillerato	9	5.5
Estudios técnicos	8	4.8
Universidad incompleta	4	2.4
Profesional	19	11.5
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016

La mayoría de los adultos mayores presentan un nivel académico de primaria incompleta (23.6%), seguido de una población con escolaridad nula (23.6%) y en cuarto lugar se presenta adultos mayores que son profesionistas (11.5%) (Tabla 2).

Categoría	f	%
Soltero	22	13.3
Casado	88	53.3
Unión libre	4	2.4
Separado	4	2.4
Divorciado	6	3.6
Viudo	41	24.8
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016

Como se muestra en el Tabla 3 más de la mitad de la población en estudio son casados (53.3%) o viven en unión libre (2.4%); siendo el resto viudo (24.8%) o soltero (13.3%).

Ocupación	<i>f</i>	%
Ama de casa	5	51.5
Empleada doméstica	15	9.1
Comerciante	13	7.9
Otro	52	31.5
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016

La ocupación predominante de los encuestados fue ama de casa en un 51.5% como se observa en el Tabla 4.

9.2 Descripción de los resultados del instrumento “Apreciación de la agencia de autocuidado” ASA.

En las siguientes tablas se muestra las características de los resultados obtenidos del instrumento aplicado.

Frecuencia	<i>f</i>	%
Nunca	11	6.7
Casi nunca	19	11.5
Siempre	98	59.4
Casi siempre	37	22.4
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016.

En la Tabla 5 observamos que la mayoría de los adultos mayores siempre realizan ajustes para mantener su salud a medida que las circunstancias cambian (59.6%), mientras que en un porcentaje menor (6.7%) nunca realizan cambios.

Tabla 6. Revisar normalmente las actividades que hace para mantener su salud

Frecuencia	<i>f</i>	%
Nunca	7	4.2
Casi nunca	13	7.9
Siempre	111	67.3
Casi siempre	34	20.6
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016.

Como se observa en la Tabla 6, menos del 5% de la población en estudio nunca analiza las que actividades que hace para mantener su salud, mientras que más de la mitad (67.3%) siempre las revisa.

Tabla 7. Conseguir ayuda para moverse y desplazarse

Frecuencia	<i>f</i>	%
Nunca	48	29.1
Casi nunca	28	17.0
Siempre	63	38.2
Casi siempre	26	15.8
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016.

Por lo otro lado, en la tabla 7 se observa que el porcentaje de las personas que nunca consiguen ayuda (29.1%), con respecto a las que siempre consiguen ayuda para moverse y desplazarse (38.2%) presentan valores muy cercanos.

Frecuencia	F	%
Nunca	1	0.6
Casi nunca	2	1.2
Siempre	135	81.8
Casi siempre	27	16.4
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016

En cuanto a mantener limpio el entorno donde vive, más de la tercera parte de los encuestados (81.8%) siempre se preocupa por vivir en condiciones óptimas (tabla 8)

Frecuencia	F	%
Nunca	7	4.2
Casi nunca	7	4.2
Siempre	122	73.9
Casi siempre	29	17.6
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016

La mayoría de la población en estudio manifiesta que siempre prioriza hacer lo necesario para mantenerse con salud (73.9%) o al menos casi siempre lo hace (17.6%) (Tabla 9).

Frecuencia	<i>f</i>	%
Nunca	62	37.6
Casi nunca	29	17.6
Siempre	37	22.4
Casi siempre	37	22.4
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016.

En el estudio se observó que la falta de energía necesaria para cuidarse como debe es muy cercano entre las frecuencia de nunca, siempre y casi siempre, con porcentajes de 37.6%, 22.4% y 22.4% respectivamente, como se muestra en la Tabla 10.

Frecuencia	<i>f</i>	%
Nunca	5	3.0
Casi nunca	10	6.1
Siempre	115	69.7
Casi siempre	35	21.2
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016.

Además, se puede observar que la mayoría de los adultos mayores cuando quieren siempre logran buscar formas alternativas que le ayuden a cuidar o mejorar su salud actual (69.7%) (Tabla 11).

Tabla 12. Cambia la frecuencia con la que se baña para mantenerse limpio

Frecuencia	<i>f</i>	%
Nunca	13	7.9
casi nunca	20	12.1
Siempre	103	62.4
casi siempre	29	17.6
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016.

Al igual que se preocupan por vivir en un entorno limpio, también se preocupan por mantenerse limpios siempre en 62.4%, mientras que en el otro extremo el 7.9% nunca se baña (Tabla12).

Tabla 13. Hace cambios en los alimentos para mantener el peso que le corresponde

Frecuencia	<i>f</i>	%
Nunca	23	13.9
Casi nunca	14	8.5
Siempre	93	56.4
Casi siempre	35	21.2
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016.

En cuanto a los cambios alimenticios para mantener un peso saludable más de la tercera parte realiza estos cambios siempre o casi siempre, en un 56.4% y 21.2%, respectivamente (Tabla 13).

Tabla 14. Cuando hay situaciones que le afectan, las maneja para que no afecten su forma de ser

Frecuencia	<i>f</i>	%
Nunca	10	6.1
Casi nunca	13	7.9
Siempre	104	63.0
Casi siempre	38	23.0
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016.

En la tabla 14, podemos observar que en general los adultos mayores tienen la capacidad de manejar situaciones adversas para que no afecten su comportamiento siempre o casi siempre (63.0% y 23.0%, respectivamente).

Tabla 15. Piensa en hacer ejercicio y descansar, pero no tiene el tiempo para hacerlo

Frecuencia	<i>f</i>	%
Nunca	33	20.0
Casi nunca	22	13.3
Siempre	74	44.8
Casi siempre	36	21.8
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016.

Cerca de la mitad de los encuestados (44.8%) tienen la intención de hacer ejercicio o descansar pero cuentan con el tiempo suficiente para hacerlo, mientras que en un 20.0% nunca lo piensan (Tabla 15).

Tabla 16. Cuando necesita ayuda, recurre a los amigos de

siempre		
Frecuencia	<i>f</i>	%
Nunca	29	17.6
Casi nunca	18	10.9
Siempre	94	57.0
Casi siempre	24	14.5
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016.

Contar con un círculo de amigos cercanos les permite a los adultos mayores recurrir a ellos siempre que necesiten de su ayuda (57.0%) o casi siempre (14.5%), mientras que un lastimoso 17.6% nunca lo hace o casi nunca (10.9%) (Tabla 16).

Tabla 17. Puede dormir lo suficiente para no sentirse cansado		
Frecuencia	<i>f</i>	%
Nunca	16	9.7
Casi nunca	21	12.7
Siempre	93	56.4
Casi siempre	35	21.2
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016.

El dormir suficiente les permite mantenerse con energía y vitalidad en el transcurso del día, en la tabla 17, observamos que el 56.4% duerme siempre lo suficiente o por regular así lo hace (21.2%), mientras que el porcentaje restante no logra descansar lo suficiente.

Tabla 18. Cuando le dan orientación sobre su salud pide le aclaren lo que no entiende

Frecuencia	f	%
Nunca	12	7.3
Casi nunca	9	5.5
Siempre	118	71.5
Casi siempre	26	15.8
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016

Los adultos mayores saben la importancia que tiene el conocer la situación actual en cuanto a su salud, por lo que siempre solicita que le aclaren sus dudas (71.5%) en cuanto a la orientación medica que recibe (Tabla 18).

Tabla19. Examina su cuerpo para ver si hay cambios

Frecuencia	f	%
Nunca	15	9.1
Casi nunca	17	10.3
Siempre	105	63.6
Casi siempre	28	17.0
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016.

Así como aclarar sus dudas en cuanto a la salud, el examinar y detectar los cambios que hay en su cuerpo es una parte que presta especial cuidado, cerca de la tercera parte de la población siempre examina su cuerpo (Tabla 19).

Tabla20. Ha sido capaz de cambiar hábitos muy arraigados para mejorar su salud

Frecuencia	f	%
Nunca	14	8.5
Casi nunca	17	10.3
Siempre	105	63.6
Casi siempre	29	17.6
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016.

En relación con la variable, de hacer cambios en los hábitos que tenían muy arraigados, con tal de mejorar su salud, el 63.6% respondió que siempre, 17.6% casi siempre, 10.3% casi nunca, mientras que el 8.5% nunca lo considero (Tabla20).

Tabla 21. Cuando tiene que tomar una nueva medicina, recurre al profesional de salud para que le informe sobre los efectos secundarios

Frecuencia	f	%
Nunca	19	11.5
Casi nunca	12	7.3
Siempre	107	64.8
Casi siempre	27	16.4
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016.

Se observó que en general los adultos mayores siempre (64.8%) recurren a profesionales de la salud para informarse sobre los efectos secundarios al tomar una nueva medicina, un 14.4 % casi siempre, 7.3% casi nunca y el 11.5% nunca (Tabla21).

Tabla 22. Es capaz de tomar medidas para evitar que la familia y él corran peligro

Frecuencia	<i>f</i>	%
Nunca	5	3.0
Casi nunca	4	2.4
Siempre	131	79.4
Casi siempre	25	15.2
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016.

Más de la tercera parte de los adultos mayores siempre son capaces de tomar medidas para evitar un peligro en ellos mismos y sus familias (79.4%), mientras que solo un 3% contestaron nunca (Tabla 22).

Tabla 23. Es capaz de evaluar qué tanto le sirve lo que hace para mantenerse con salud

Frecuencia	<i>f</i>	%
Nunca	9	5.5
Casi nunca	9	5.5
Siempre	128	77.6
Casi siempre	19	11.5
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016.

Los adultos mayores son capaces de evaluar qué tanto sirve lo que hacen para mantenerse con salud en un 77.6% siempre, 11.6% casi siempre, 5.5% casi nunca y con mismo porcentaje nunca (Tabla 23).

Tabla 24. Por realizar sus ocupaciones diarias, es difícil que tenga tiempo para cuidarse

Frecuencia	<i>f</i>	%
Nunca	45	27.3
Casi nunca	29	17.6
Siempre	58	35.2
Casi siempre	33	20.0
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016.

Como se observa en la Tabla 24, las ocupaciones diarias de la población en estudio, les dificulta tener tiempo para cuidarse en un 35.2% de los participantes respondieron que siempre, un 20.0% casi siempre, 17.6 % casi nunca y un 27.3%.

Tabla 25. Si la salud se ve afectada, consigue información para saber que hacer

Frecuencia	<i>f</i>	%
Nunca	10	6.1
Casi nunca	8	4.8
Siempre	116	70.3
Casi siempre	31	18.8
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016.

Al cuestionar si el adulto mayor consigue información para saber qué hacer si su salud se ve afectada el 77.3% respondieron siempre y solo un 6.1% respondió que nunca (Tabla 25).

Frecuencia	<i>f</i>	%
Nunca	16	9.7
Casi nunca	12	7.3
Siempre	115	69.1
Casi siempre	22	13.3
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016.

Más de la mitad de los participantes están conscientes que cuando no pueden cuidarse, siempre pueden pedir ayuda (69.1%) y solo un 9.7% nunca pide ayuda (Tabla 26).

Frecuencia	<i>f</i>	%
Nunca	10	6.1
Casi nunca	9	5.5
Siempre	126	76.4
Casi siempre	20	12.1
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016.

Por otro lado, los encuestados saben que si quieren pueden destinar un tiempo para dedicárselos a ellos mismo en un 76.4% siempre, mientras que un 6.1% nunca lo hace (Tabla 27).

Tabla 28. A pesar de las limitaciones para moverse, es capaz de cuidarse como le gusta

Frecuencia	<i>f</i>	%
Nunca	9	5.5
Casi nunca	10	6.1
Siempre	122	73.9
Casi siempre	24	14,5
Total	165	100.0

Fuente cuestionario aplicado en el 2016.

También es importante mencionar que la mayoría de los participantes, a pesar de tener limitaciones para moverse, son capaces de cuidarse como les gusta en un 73.9% siempre, 14.5% casi siempre, 6.1% casi nunca y 5.5% nunca (Tabla 28).

9.3 Análisis de datos relacionados con el autocuidado del adulto mayor

Las prácticas de autocuidado en el adulto mayor son de suma importancia porque contribuyen a la salud y bienestar. Al analizar si realiza su lavado de dientes, un 95.2% mencionó si realizarlo, mientras que el 4.8% no lo realizan (Tabla29).

Tabla 29. Realiza su lavado de dientes

Respuesta	<i>f</i>	%
Si	157	95.2
No	8	4.8
Total	165	100.0

Fuente cuestionario aplicado en el 2016

Frecuencia	<i>f</i>	%
1	44	26.7
2	69	41.8
3	51	30.7
Más de tres veces	1	0.6
Total	165	100.0

Fuente cuestionario aplicado en el 2016.

La frecuencia con que lo realizan es de un 41.8% dos veces al día, seguida del 30.7% tres veces al día, 26.7% una vez al día y por último el 0.6% con más de tres veces al día (Tabla 30).

Respuesta	<i>f</i>	%
Si	153	92.7
No	12	7.3
Total	165	100.0

Fuente cuestionario aplicado en el 2016

El 92.7% de los participantes que padecen algún trastorno o enfermedad si toman sus medicamentos, mientras que el 7.3% no lo hace (Tabla31).

Respuesta	f	%
Si	150	90.9
No	15	9.1
Total	165	100.0

Fuente cuestionario aplicado en el 2016

Además el 90.9% de ellos lo toman como lo indica el médico y sólo el 9.1% no siguen las indicaciones (Tabla 32).

La cartilla de salud del adulto mayor para el 94.5% es considera de utilidad para su autocuidado, mientras que para el 5.5% no es de utilidad (tabla 33)

Respuesta	f	%
Si	156	94.5
No	9	5.5
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016

La automedicación es poco frecuente en los adultos mayores en un porcentaje de 37% y más de la mitad no lo realiza (63.0%) (Tabla 34).

Respuesta	f	%
Si	61	37.0
No	104	63.0
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016.

Los vicios como ingerir bebidas alcohólicas o fumar en su mayoría están ausentes en los encuestados con un 81.8% y 88.5% respectivamente (Tabla 35-36).

Respuesta	<i>f</i>	%
Si	30	18.2
No	135	81.8
Total	165	100.0

Fuente cuestionario aplicado en el 2016.

Respuesta	<i>f</i>	%
Si	18	10.9
No	147	89.1
Total	165	100.0

Fuente cuestionario aplicado en el 2016

En los participantes la autoexploración mamaria es una actividad que aún es poco frecuente sólo el 53.9% lo realiza, mientras que aún el 46.1% no lo lleva acabo. Así mismo sucede con los exámenes de próstata y Papanicolaou un 57.6% lo realizan y un 42.4 no (Tabla 37-38).

Respuesta	<i>f</i>	%
Si	89	53.9
No	76	46.1
Total	165	100.0

Fuente cuestionario aplicado en el 2016.

Tabla 38. Usted se realiza exámenes de la Próstata/Papanicolaou

Respuesta	<i>f</i>	%
Si	95	57.6
No	70	42.4
Total	165	100.0

Fuente cuestionario aplicado en el 2016.

Los problemas para dormir se prestan en un 38.3% (64), mientras que el 61.2% (101) no manifestaron problemas al respecto (Tabla 39).

Tabla 39. ¿Usted tiene problemas para dormir?

Respuesta	<i>f</i>	%
Si	64	38.3
No	101	61.2
Total	167	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016.

Estar contentos y satisfechos con su vida es un punto importante para sentirse plenos, la mayoría de los encuestados consideran tener una vida bonita y satisfactoria en un 90.9% y 92.1% respectivamente y solo el 9.1% y 7.9% no lo están (Tabla40-41).

Tabla 40. ¿Usted considera que su vida es bonita?

Respuesta	<i>f</i>	%
Si	150	90.9
No	15	9.1
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016.

Respuesta	f	%
Si	152	92.1
No	13	7.9
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016.

9.4 Descripción del alfa de Cronbach global y por dimensiones.

El siguiente punto trata de los resultados del análisis de confiabilidad, reportando un alfa de Cronbach global de la escala ASA con 24 ítems, de 0.806 y por dimensiones en donde la estimativa es de 0.716, la transicional fue de 0.716, mientras que en las productivas se observó de 0.508.

Tabla 42.- Confiabilidad

No. De ítems	Alfa de Cronbach	N=
24	0.806	165
Dimensiones del instrumento ASA		
Dimensión	Alfa de Cronbach	
Estimativa	0.583	
Transicionales	0.716	
Productivas	0.508	

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016

9.5 Análisis de los resultados en la escala ASA

En la muestra de los adultos mayores encuestados se observó una media total general del ASA de 68.9 (D.T= 8.2), así como una mediana de 68.0 y la moda de 67.0 (Tabla 43).

La frecuencia de capacidad de autocuidado fue del 2.5% con *muy baja* agencia de autocuidado, un 11.5% para *baja* agencia de autocuidado, el 78.7% para una *regular* agencia de y el 7.3% corresponde a una *buena* agencia de autocuidado se localiza en el rango de 82 - 96 puntos (Tabla 44).

Tabla 43. ASA total general y rangos de arbitrariedad

Valores del ASA	Adultos mayores (n = 165)	
ASA total general		
Media y DT*	68.9	(8.2)
Mediana	68.0	
Moda	67.0	

n= muestra

DT*= desviación típica

Tabla 44.- Valoración de la agencia de autocuidado en el adulto mayor

Rango	Capacidad de agencia de autocuidado	<i>f</i>	%
24 – 43	Muy baja	4	2.5%
44 – 62	Baja	19	11.5%
63 – 81	Regular	130	78.7%
82 – 96	Buena	12	7.3%

f =frecuencia
%= porciento

La identificación de la agencia de autocuidado es necesaria como profesional en enfermería, en los pacientes geriátricos para seleccionar el o los métodos generales de ayuda que requiere el individuo para que sus requisitos de autocuidado o necesidades sean cubiertas.

En los adultos mayores participantes de acuerdo a su género, se identificó que en su mayoría fueron mujeres, los resultados mostraron que la mayoría mantienen su entorno limpio (81.8%), así como su persona al modificar la frecuencia de bañarse para su limpieza (62.4%), realizar cambios en sus hábitos (59.4%) para mantener una mejor salud.

Al reconocer la capacidad de conseguir ayuda, por parte del adulto mayor cuando así lo requiera; el análisis nos muestra una elevada participación del adulto mayor ante la necesidad de pedir el apoyo que necesita, el 69.1% pide cuidados cuando él no lo puede hacer y el 57.0% recurren a sus amigos o allegados para conseguir asistencia.

Además, la investigación mostró que la satisfacción psicosocial y afectiva del adulto mayor si está presente en el contexto familiar y social puesto que el 92.1% considera que su vida es satisfactoria y se vive con aceptación en el entorno familiar en relación a la asistencia que requiera.

Se valoró la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor en relación con el consumo de medicamentos y los resultados fueron satisfactorios ya que mostraron participantes comprometidos con el control y cuidado en la ingesta de medicamentos; el 92.7% toma el medicamento cuando padece alguna enfermedad o trastorno, el 90.9% lo toma como lo indica su doctor. Lo anterior es una conducta que influye positivamente en la salud, pues estos elementos constituyen requisitos básicos de autocuidado y otorga al grupo de participación un rango alta capacidad en autocuidado debido a que el 71.5%, en caso de tener dudas en la orientación médica solicita que se las aclaren.

En los resultados obtenidos se mostró que la mayoría de la población estudiada califica con una *regular* capacidad de agencia de autocuidado. Sin embargo, aún se tiene un área de oportunidad para mejorar y crear la cultura y conciencia de la agencia de autocuidado en la población en riesgo.

X. Discusión

La Agencia de autocuidado sirve para controlar factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y su desarrollo posterior, las personas deben alcanzar algunos objetivos cuando se ocupan de su autocuidado; todo ser humano además desarrolla la capacidad que permite a los adultos discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo (Orem, 1993).

A continuación, se analizan los principales hallazgos de estudio, a partir de los resultados, encontramos aspectos asociados a la aplicabilidad idónea de la agencia de autocuidado, así los cambios en hábitos y costumbres en los adultos mayores, sumados a la reflexión de una prevención de complicaciones y evitación de accidentes permite establecer resultados favorables en la medición.

Los resultados que reflejan una presencia de autocuidado regular son similares a estudios de referencia en los últimos 10 años, manifestado por Leitón *et al.*, (2005), Achata y Villar (2006) así como Castro e Isla (2008), quienes también refieren una regular agencia de autocuidado en sus poblaciones evaluadas y reportaron que casi 9 de cada 10 adultos mayores lo manifestaron, situación que pone en evidencia que los adultos mayores cuentan con la información necesaria para hacer frente a los autocuidados básicos de su salud y que los sectores de salud y personal replican la información de manera continua. En alcance a dichas investigaciones Leitón *et al.*, (2014) repite el estudio años después y el resultado es similar, la buena práctica de la agencia de autocuidado se hace presente con un resultado de 8 de cada 10 personas

adultas mayores; lo que nos remite a lo que establece Orem (1993) al considerar que existe una condición que tiene todo individuo para contar con capacidad y poder de desarrollar su autocuidado como una condición meramente de supervivencia. Con lo que se confirma que la agencia de autocuidado tiene relación con las prácticas de salud en el adulto mayor que asiste al primer nivel de atención, ya que los adultos mayores saben la importancia que tiene el conocer la situación actual de su estado de salud.

El conocimiento en la situación de salud depende de varios factores sociodemográficos, mismos que son retomados por López-Díaz (2003) como Factores Condicionantes Básicos que vienen a actuar de manera positiva o negativa la capacidad de autocuidado del individuo, así como la calidad o el tipo de autocuidado requerido; debido a que son externos y no dependen del sujeto sino de la cultura, las costumbres, la sociedad y políticas donde la persona vive.

Los resultados mostraron que las diferencias de género brindan una comparación en las actividades debido a que siempre se ve favorecida una participación activa del género femenino a diferencia del masculino, que lo aleja de actividades cotidianas de autocuidado ya que socialmente las actividades del género femenino son reflejadas en el cuidado del hogar y sus integrantes, mientras que el hombre se vive como un proveedor de bienestar económico y que así poco a poco se vive ajeno a la asistencia médica por lo que se hace común observar en su mayoría al género femenino con una

participación en los distintos grupos de pacientes que acuden a cualquier tipo de atención médica, que en el presente estudio fue adecuada.

A pesar que los resultados son favorables, es prudente tomar en cuenta que no podemos exigir autocuidado a niveles perfectos sin antes atender el autocuidado en las necesidades básicas del adulto mayor, mismas que Lau (2000) reporta en un estudio cualitativo como una respuesta a la satisfacción de necesidades esenciales: sanitarias, psicosociales, productivas, culturales y espirituales, visto lo anterior como un hallazgo que en el presente estudio mostró que una alta frecuencia de la población se vive preocupada por la limpieza en el entorno que habita y que es capaz de cambiar la frecuencia con la que se baña para mantenerse limpio, con lo que se observa una actitud consciente de la atención básica del autocuidado; sin embargo también apela dicho planteamiento a un entorno biológico del autocuidado que engloba el ejercicio, la alimentación, sueño, higiene, salud y cuidado personal; elementos a cuidar que ya no aplicaron de manera idónea con los resultados obtenidos, por ser en su mayoría adultos mayores que no coordinan un espacio específico de activación corporal al considerar que no se tiene tiempo.

La principal vía de aprendizaje y concientización para tener una buena agencia de autocuidado es a través de la educación de salud en todas las edades y sectores del país, que como lo establece Rodríguez (2011), valorar, medir o realizar las prácticas de autocuidado dará como resultado una mejor calidad de vida para las personas mayores; en tal sentido, enfermería debe ser un agente de inclusión social, generadora

de cambios, sobre todo en la población de la tercera edad, donde requiere reducir los factores de riesgo, promover nuevos estilos de vida saludables a nivel individual y grupal, así como fortalecer los lazos de trabajo en conjunto con las familias y el personal que brinde atención.

De esta investigación se desprende que los adultos mayores de manera real muestran cuidados a su salud y la participación es alta a diferencia de los años anteriores, documentado por el Programa de Atención al Envejecimiento (2012) al analizar la aplicación de encuestas como sondeo a la población y que reflejó en el país de México la necesidad de información para el adulto mayor que para entonces, era inexistente y que actualmente ya permite no solo el conocimiento sino también la aplicabilidad.

La revisión de literatura y los resultados obtenidos nos permite afirmar que la agencia de autocuidado en el adulto mayor es una condición compleja debido a que busca realizar cambios en los estilos de vida, hábitos en la mayoría de los casos y comprensión de una salud integral debido a que intervienen factores individuales, familiares y sociales en la atención y cuidados.

XI.- Conclusiones

La evidencia que se expuso anteriormente demuestra que la agencia de autocuidado y las prácticas relacionadas con la salud en el adulto mayor que asiste al primer nivel de atención, tienen concordancia ya que son habilidades que adquiere y desarrolla el ser humano para satisfacer sus necesidades, así como decidir acciones a realizar para prevenir el bienestar, tal como lo explica la teórica Dorothea Orem en su teoría de Enfermería General, el cual fue muy útil por su contenido y se utilizó para analizar esta investigación.

Dando respuesta a la capacidad de agencia de autocuidado que desarrollan las personas de la tercera edad, se observa que tiene una capacidad regular de agencia de autocuidado, cuando la agencia de autocuidado no se desarrollan acciones adecuadamente, esta capacidad tiende a deteriorar el bienestar del individuo y no obtener un autocuidado óptimo e independiente.

También se concluye que el adulto mayor posee el potencial para convertirse en su propio agente de autocuidado e incorporar a su vida diaria prácticas de salud que prevengan riesgos o atender oportunamente enfermedades que delimiten su estado de bienestar.

La actividad de identificar la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor en las prácticas de salud, buscó conocer lo que por sí mismo realiza el adulto mayor como un reconocimiento integral de salud y conductas responsables para incorporar el

impulso de homeostasis y la disminución de riesgos, este autocuidado mostró de manera indirecta los estilos de vida en los adultos mayores, conductas, hábitos y actividades saludables.

Se reconocieron los hábitos de higiene en los adultos mayores, principalmente en las mujeres, es importante mencionar que los hábitos de higiene son un factor de protección que previene enfermedades en esta etapa de la vida.

Por otro lado, el adulto mayor desarrollan habilidades que se convierten en prácticas de salud que realiza en la vida diaria, entre las cuales están, el mantener limpio el lugar donde vive, la frecuencia en la que se baña y lavado de dientes, elementos importantes en las acciones de las personas de la tercera edad, ya que favorece la capacidad de realizar actividades que a su vez serán reflejo de la calidad de vida que cada uno desea, en los resultados muestran que la mayor parte de la población estudiada realiza hábitos de higiene importantes para esta etapa, como un medio para promover y preservar la salud.

El siguiente aspecto trata de la capacidad del adulto mayor para conseguir ayuda cuando lo requiera, es importante mencionar que la dependencia empieza a cobrar mayor relevancia en los actuales debates sobre el envejecimiento en el país, el cual se concibe como una carga económica que va en constante crecimiento y que se extiende a otros terrenos que incluyen las áreas familiares, comunitarias, institucionales, de seguridad económica y de atención a la salud.

En este estudio se mostró que la población de los adultos mayores con frecuencia consigue asistencia para moverse y desplazarse, cuando necesitan ayuda recurre a sus amigos de siempre y si no puede cuidarse pide ayuda.

Se debe de agregar que la idea considerada por la teórica Dorothea Orem era que los individuos poseen la capacidad de ajustar habilidades para conservar y mantener su salud en forma integral de acuerdo a sus capacidades y entorno.

Con respecto a valorar la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor en relación con el consumo de medicamento, se encontró que las personas de la tercera edad tienen las habilidades de recurrir con el profesional de salud para pedir información sobre los efectos secundarios de un nuevo medicamento, así como, decidir tomar sus medicamentos en caso de padecer algún trastorno o enfermedad y tomarlos como lo indica el médico.

Los problemas médicos en la vejez exigen un adecuado control en el consumo farmacéutico, es por ello que los adultos mayores deben contar con las habilidades de informarse, hacer y decidir las acciones ante el manejo de dosis de sus medicamentos, el descuido y mal manejo implica el riesgo de reacciones adversas, así como, complicaciones que generen consecuencias irreversibles.

Las prácticas de salud ante la agencia de autocuidado se mostraron significativas en el presente estudio, por lo que la habilidad que se desarrollan para cuidarse a sí mismo

se presentó como un adecuado nivel en el concepto de salud y la capacidad de reflexionar ante las acciones acerca del cuidado. Es de gran importancia que las personas de la tercera edad analicen las prácticas y actividades a realizar para mantener el bienestar y tomar en cuenta las experiencias de autocuidado logrando una mejor calidad de vida, que sea foco de reflexión y motivación no sólo a nivel grupal sino también individual.

A partir de las características que presenta la agencia de autocuidados de los adultos mayores, mejorar las habilidades de autocuidado se fortalece con la educación que recibe la población por parte de las instituciones y el personal de salud, la materia de seguridad se refleja al brindar información clara y precisa tanto al adulto mayor como a la familia y/o cuidadores.

Es así que la valoración de la agencia de autocuidado en el adulto mayor resulto regular con áreas de oportunidad a mejorar en conjunto con los sistemas gubernamentales o estatales, a fin de promover a nivel social y comunitario el impulso de desarrollar la autogestión del cuidado y la salud, con un envejecimiento proactivo y comprometido.

El esfuerzo de la presente investigación no termina con los resultados, el compromiso profesional es identificar futuras líneas de investigación y realizar posteriormente nuevas valoraciones en la institución con nuevos grupos de adultos mayores, valorar la técnicas informativas de la institución para dar a conocer la agencia de autocuidado,

desarrollar una agencia de autocuidado con los pacientes internos de la institución, capacitación a cuidadores domiciliarios por ciertos períodos de tiempo que brinden a la población herramientas y habilidades al respecto, autocuidado enfocado a cuidados específicos como el aseo personal, las necesidades emocionales o bien el cuidado de la piel en la tercera edad.

Así mismo, apoyados en los resultados obtenidos, se podrá visualizar posibles aportaciones a otras áreas de conocimiento, como el inicio de proyectos vinculados a las distintas áreas de intervención en enfermería, pacientes geriátricos con necesidades nutricionales, quirúrgicas, emocionales, consulta externa, actividad física, nefrología, entre otras; para que de manera propositiva se establezcan intervenciones de enfermería en agencias de autocuidado que permita a las instituciones de salud brindar un servicio que refuerce y monitoree los avances y mejoras en el autocuidado de la población en tercera edad.

Finalmente se concluye que los estereotipos en torno al adulto mayor estigmatizan las capacidades de los mismos, ser proactivo aún es posible en la tercera edad, el adulto mayor tiene derecho a pedir como quisiera ser tratado, que le gusta y que no le agrada de la atención que se brinda en los programas ya existentes o en el mismo contexto familiar y con el paso de los años todos necesitamos de un apoyo, pero también de fortalecer una actitud de iniciativa hacia el autocuidado a cualquier edad.

XII. Recomendaciones

Publicar los resultados de esta investigación por medio de artículos en revistas, así como exponerlo en congresos a nivel nacional e internacional con la intención de que otros lugares se enteren del desarrollo que tiene el adulto mayor con la agencia de autocuidado y las practicas relacionadas con la salud.

Promover por medio de la educación a la salud el cuidado en la higiene personal motivando al adulto mayor para que no disminuyan sus habilidades al realizar su propio autocuidado.

Reforzar los programas de educación para promover la agencia de autocuidado en los adultos mayores, así como la participación del profesional de enfermería para la valoración y el seguimiento de las actividades de autocuidado.

Realizar programas de orientación a familiares sobre el autocuidado del adulto mayor para que se adquieran estilos de vida saludables, con la finalidad de que el adulto mayor logre mejorar su salud.

Difundir por medio de carteles, folletos y charlas a la sociedad la importancia de adquirir estilos de vida saludables, desarrollando capacidades de agencia de autocuidado para que en el futuro tengamos adultos mayores sanos y activos.

XIII. Referencias Bibliográficas

1.- Achury-Saldaña, D; Rodríguez-Comenares, S. M. y Achury-Beltrán, L. F (2013). Efecto de un plan educativo en la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. *Aquichan*, 13 (3), 363-372.

Recuperado de:

www.aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2293/html

2.- Álvarez-Ramos, E.I (2014). Nivel de conocimientos de los adultos mayores sobre prevención de hipertensión arterial en un centro de salud, lima, 2014. (Tesis de licenciatura). Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Disponible en:

<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4175/1>

3.- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (2009). División de Población de la CEPAL: El Envejecimiento y las personas de edad indicadores sociodemográfico para América Latina y el Caribe, 2009. Disponible en:

<http://www.ops.org.bo/textocompleto/vejez32346>

4.- Cano, S.M., Garzón, M. O., Segura A. M. y Cardona, D (2012). Factores asociados al maltrato del adulto mayor de Antioquia. *Fac. Nac. Salud Pública*, 33(1), 67-74.

5.- Cervantes-Becerra, R.G; Villareal-Ríos, E; Galicia-Rodríguez, L; Vargas-Daza, E.R. y Martínez-González, L (2014). Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral, *Aten Primaria*, 47(6),329-335.

Recuperado de: <http://www.elsevier.es/esrevista-atencion-primaria-27articulo-estado-salud-el->

adultomayorS0212656714002716&ved=0ahUKEwivzMyhpoTVAhVowYMKHQe3BQQQFggjMAA&usg=AFQjCNH9dDEqfEqOfDEa59-uRRGXuKq5xg

6.- Congreso de Michoacán (2013). *Ley de salud del estado de Michoacán de Ocampo*.

Disponible en:

http://transparencia.congresomich.gob.mx/media/documentos/trabajo_legislativo/ley_de_salud_segunda_ref_28_de_enero_de_2013.pdf

7.- Contreras-Orozco, A; Contreras-Machado, A; Hernández-Bohórquez; Castro-Balmaceda, M.T; y Navarro-Palmett, L. L (2013). Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa. Sincelejo, Colombia. *Investigaciones Andina*, 15(26), 667-678. Retrieved February 01, 2016,

Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012481462013000100005&lng=en&tlng=es.

8.- Diario Oficial de la Federación (2012). *Norma Oficial Mexicana NOM-031_SSA3-2012, Asistencia Social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad*. Disponible en:

http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5267965&fecha=13/09/2012

9.- Enríquez-Reyna, M. C; Cruz-Quevedo, J.E.; Celestino-Soto, M. I., Garza-Elizondo, M. E. y Salazar- González, B. C (2013). Función ejecutiva, velocidad de marcha y tarea doble en adultos mayores mexicanos. *Iberoamericana de psicología del ejercicio y el deporte*, 8(2), 345-357.

10.- Fernández, A. R; y Manrique-Abril, F. G (2010). Efecto de la intervención educativa en la agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso de boyacá, colombia, suramérica: *Ciencia y enfermería*. 16 (2),83-97. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000200009>

11.- Fernández, A. R; y Manrique-Abril, F. G (2011). Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en el adulto mayor. *Av. Enferm*, XXIX. (1),30 – 41.

12.- García-Valenzuela, Maria Leticia Rubí (2010). *Plan de trabajo del cuerpo académico. Promoción de la Salud. Período 2010-1012. Estatus que se solicita CA. Consolidación*. México: Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

13.- Garcilazo-Salazar, M. E (2014). *Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en un centro de salud de san Juan*

de Miraflores 2014. Disponible en

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4131/1/Garcilazo_sm.pdf.

13.- Gallegos, C.E. (1998). Validez y confiabilidades de la versión en español de la escala: Valoración de las Capacidades de Autocuidado. *Desarrollo Científ Enferm*, 6(9), 260-266.

14.-Leyva, V; Acosta, P; Berrocal, Carrillo; Castro, M; Watson, Y. (2012). Capacidad de Agencia de Autocuidado en personas adultas con artritis reumatoide. [En línea].Rev. *Enfermería Actual en Costa Rica*, 22(1),11. Disponible en: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/artritis.pdf>>ISSN1409D4568

- 15.- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014). *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad (1 de octubre)*. Aguascalientes, Ags. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2014/adultos0.pdf>
- 16.- Instituto de Geriatria. (2010). *Envejecimiento Humano Una visión Transdisciplinaria*. México, D.F. Disponible en: http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/menu1/nuestras_publicaciones.html
- 17.- Instituto Nacional De Estadística Y Geografía. (2014). *Perfil sociodemográfico de adultos mayores*. Aguascalientes, Ags. Disponible en: www.inegi.org.mx
- 18.- López-Díaz, A. L (2003). Cuidando al adulto y al anciano: Teoría del déficit de autocuidado de OREM. *Aquichán*, 3(1), 52-58. Retrieved January 29, 2016, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972003000100009&lng=en&tlng=es
- 19.- Nava, B.I., Y Ham, Ch. R (2014). *Determinantes de la participación laboral de la población de 60 años o más en México*. Papeles de población, (18), 59 - 85.
- 20.- Organización Mundial de Salud (2015). ¿Qué repercusiones tiene el envejecimiento mundial en la salud pública? Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/42/es/>
- 21.- Ortiz-Arriagada, J.A. y Castro-Salas, M (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia. Contribución de enfermería. *Ciencia y Enfermería*, XV (1), 25-31.
- 22.- Orem, Dorothea (1993). *Modelo de Orem*. Barcelona: Masson-Salvat.

- 23.- Organización Mundial de la Salud (2015). *Política de investigación*. Disponible en: <http://www.who.int/rpc/es/>
- 24.- Organización Mundial de la Salud (2016). *Información mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/es/>
- 25.- Organización Mundial de la Salud (2015). Datos importantes acerca del envejecimiento. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
- 26.- Programa Nacional de Población 2008-2012: *Diagnóstico socio-demográfico del envejecimiento en México*. Disponible en: [http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/Envejecimiento F_14oct11](http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/Envejecimiento_F_14oct11)
- 27.- Ramos, E. J., Meza, C. A. M., Maldonado, H. I., Ortega, M. M. P., Hernandez, P.M.T., (2009). Aporte para una conceptualización de la vejez. *Revista de Educacion y Desarrollo*, (11), 47 – 56.
- 28.- Reyes-Torres, I. y Castillo- Herrera, J.A (2011). El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. *Revista Cubana Investigaciones Biomédicas*, 30(3),354-459. Recuperado el 12 de Julio de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002011000300006&Ing=es&tIng=es.
- 29.- Secretaria de Salud (2012). *Programa de Acción Específico 2007-2012. Envejecimiento*. Disponible en: www.spps.gob.mx/programas-y-proyectos.html
- 30.- Segura Benedicto, A (2000). La influencia de la investigación en las políticas de salud y en la práctica sanitaria. *Revista Española de Salud Pública*, 74(mon), 00.

Retrieved February 04, 2016, disponible en:

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272000000600007&lng=en&tlng=es

31.- Sermeño, L. J. A (2014). Honduras, 2015 – 2050: Algunas consecuencias del envejecimiento de la población sobre la planeación de los servicios de educación y salud, *Población y Desarrollo. Argonautas y Caminantes*. 10, 45 – 53.

32.- Secretaria de Salud (2012) *Programa de Atención al Envejecimiento*. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/envejecimiento.pdf>

33.- Velandia, A. A., Rivera, A.L.N (2009). Agencia de autocuidado y adherencias al tratamiento en personas con factores de riesgo cardiovascular. *Salud Pública*, 11(4), 538-548.

34.- Velandia, A. y Rivera L.N (2009). Confiabilidad de la escala Apreciación de la agencia de autocuidado (ASA), segunda versión en español, adaptada para población colombiana. *Avenferm*, 27(1), 38.

XIV. Anexos

Anexo 14.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRIA EN ENFERMERIA



Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar en la investigación: “AGENCIA DE AUTOCUIDADO Y PRACTICAS RELACIONADAS CON LA SALUD EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL PRIMER NIVEL DE ATENCION”, la cual tiene como objetivo analizar la agencia de autocuidado y practica de salud que tiene el adulto mayor que acuden al servicio de consulta externa del Centro de salud de Morelia. Con el fin de lograr el propósito del protocolo de investigación será aplicado el instrumento de “ Appraisal of self-care Agency Scale” (ASA), un formado de encuesta de “valoración en la capacidad de agencia de autocuidado y por último tomara la tensión arterial, el peso, la talla y el perímetro abdominal. Se me ha informado que la aplicación de estos procedimientos hacen que esta investigación sea de bajo riesgo para mi integridad como participante, así como que el presente estudio ha sido coordinado por la Facultad de enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, quienes han avalado la investigación. He sido informado del manejo ético y confidencial de la información, como también he sido informado que la participación es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que esta decisión afecte la atención que yo pueda recibir en la institución.

Firma de la participante_____

Firma de la investigadora_____

Anexo 14.2 Instrumento



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Facultad de Enfermería



Nombre: _____ Mujer () Hombre ()

Edad: _____

Estado Civil: Soltero () Casado () Unión libre () Separado () Divorciado ()
Viudo ()

I. Factores Condicionantes Básicos (FBC) / datos socio-demográficos y de salud (DSDS)

Dirección: _____ **Teléfono:** _____

Escolaridad: Analfabeta () Primaria incompleta () Primaria completa () Secundaria
incompleta () Secundaria completa () Bachillerato () Estudios técnicos ()
Universidad incompleta () Profesional ()

Lugar de procedencia: _____ **Lugar de residencia** _____

Ocupación: Ama de casa () Empleada doméstica () Comerciante () Otro, ¿cuál? _____

Religión que profesa: Católica () Cristiano () Evangelista () Testigo de Jehová () Ninguna
Otra ()

Hábitos personales de trabajo: De lunes a viernes () De lunes a sábado () Tres días a la semana ()

Trabaja medio tiempo () No trabaja ()

Cuántas horas continuas trabaja: 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () Más de 12 ()

¿Le gusta su trabajo? Si () No () ¿Quisiera cambiarse de trabajo? Si () No ()

Cuántas horas descansa durante el día: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () Más de 6 () Ninguna

Cuántas horas duerme en un día normal: 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () Más de 12 ()

II. Usted...

Actividad	Si	No	Frecuencia
Hace ejercicio			
Pertenece a un grupo de actividades			
Va de día de campo			
Va a balnearios			
Va a la playa			
Camina (como ejercicio)			
Practica juegos de mesa(lotería, dominó, damas chinas, etc)			
Le gustan los videojuegos			
Teje, borda o hace costura			
Va al cine			
Asiste a conciertos			
Asiste a partidos de deportes			
Toca algún instrumento			
Realiza visitas a familiares y/o amigos			
Asiste a bodas, quince años, bautismos			
Le gusta platicar con sus amigos y/o familiares			
Participa en actividades recreativas de su comunidad			
Le gusta asistir a fiestas patronales o parroquiales			
Escucha radio			
Ve la televisión			
Lee revistas			
Lee periódicos			
Lee libros			
Le gusta cultivar plantas			
Le gusta hacer manualidades con sus amigas			
Le gusta cocinar			

Practica actividades de relajación (Yoga, Tai chi)			
Se da o recibe masajes			
Asiste a actividades de culto			
Le gusta cómo se ve			

III. Características de la convivencia con la familia.

En su familia:

Actividad	Si	No	Frecuencia
Platican unos con otros			
Desayunan juntos			
Comen juntos			
Cenan juntos			
Se respetan			
Hablan uno a la vez			
Se saludan			
Oyen música juntos			
Ven televisión juntos			
Pasean juntos			
Respetan los espacios de cada uno			
Respetan las cosas de cada uno			
Se distribuyen las tareas de la casa			
Todos ayudan a hacer las cosas			
Pueden pedir disculpas entre ustedes			
Se piden las cosas por favor			
Se dan las gracias			
Celebran juntos los éxitos			
Discuten			
Se ponen de acuerdo			
Se apoyan			

Se ayudan económicamente			
Se ponen apodos			
Se pelean			
A usted le gusta su familia			
A usted le gusta donde viven			
A usted le gusta cómo viven			

IV. Ambiente social percibido

No	Ítem	Si	No	Núm.	Ítem	Si	No
1	Me gusta el barrio donde vivo			8	Tengo la confianza suficiente para prestarles cosas a mis vecinos		
2	Las relaciones con mis vecinos son buenas			9	Nos gusta organizar actividades con los vecinos		
3	Si tengo algún problema, mis vecinos me ayudarán			10	Tengo acceso fácil al transporte público		
4	Es seguro el barrio donde vivo			11	Si pudiera me iría a vivir a otro lado		
5	Hay algunas personas en el barrio que no me gustaría que vivieran ahí			12	No tengo problemas para tirar la basura en forma adecuada		
6	Tenemos farmacias, médico y hospitales accesibles para cualquier emergencia			13	La escuela de mis hijos está cerca		
7	En barrio donde vivo me estresa			14	Sé de algunas personas en el barrio, que me dan desconfianza		

Seguridad Social: Seguro Popular () IMSS () ISSSTE () Otro _____

Cartilla de salud: Si () No ()

Registros realizados en la cartilla: De 2a 5 () De 6 a 9 () De 10 a más ()

¿Cómo considera que es su estado de salud física en general?

Bueno () Regular () Malo ()

¿Cómo considera que es su estado de salud mental?

Bueno () Regular () Malo ()

¿Asiste al médico? Si () No ()

Frecuencia: 1 vez al año () 2 veces al año Sólo cuando me enfermo ()

Usted tiene:

Enfermedades del	Si	No	¿Cuáles?	Enfermedades del	Si	No	¿Cuáles?
Corazón				Ansiedad			
Del Riñón				Dificultad para mover y usar las manos			
De vías urinarias				Dificultad para mover y usar los pies			
Diabetes				Dificultad para ver			
Hipertensión				Dificultad para oír			
Cáncer				Dificultad para comer			
Depresión				Dificultad para respirar			

Peso: _____ Talla: _____ Perímetro abdominal: _____ IMC _____

TA: _____ Pulso: _____ Resp. _____

Menarca: _____ Menopausia: _____ Gesta: _____ Para: _____
 Abortos: _____ Cesáreas: _____ Edad Al Primer Nacimiento: _____

Lactancia Materna: Si () No () Tiempo Aproximado: _____

V. Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (Appraisal of Self-care Agency Scale, ASA)

No	Ítem	Nunca	Casi nunca	Siempre	Casi siempre
1.-	A medida que cambian las circunstancias, yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud.				
2.-	Reviso si las actividades que normalmente hago para mantenerme con salud, son buenas.				
3.-	Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda				
4.-	Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo				
5.-	Primero hago lo que sea necesario para mantenerme con salud				

6.-	Creo que me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo				
7.-	Si quiero, yo puedo buscar las formas para cuidar mi salud y mejorar la que tengo ahora				
8.-	Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio				
9.-	Hago cambios en mis alimentos para mantener el peso que me corresponde.				
10.-	Cuando hay situaciones que me afectan, yo las manejo para que no afecten mi forma de ser				
11.-	Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no tengo tiempo para hacerlo				
12.-	Cuando necesito ayuda, puedo recurrir a mis amigos de siempre				
13.-	Puedo dormir lo suficiente como para no sentirme cansado				
14.-	Cuando me dan orientación sobre mi salud, pido que me aclaren lo que no entiendo				
15.-	Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio				
16.-	He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados, con tal de mejorar mi salud				
17.-	Cuando tengo que tomar una nueva medicina, recurro al profesional de salud para que me dé información sobre los efectos secundarios				
18.-	Soy capaz de tomar medidas para evitar que mi familia y yo corramos peligro.				
19.-	Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud				
20.-	Por realizar mis ocupaciones diarias, es muy difícil que tenga tiempo para cuidarme				
21.-	Si mi salud se ve afectada, yo puedo conseguir información para saber qué hacer...				
22.-	Si yo no puedo cuidarme, busco ayuda				
23.-	Puedo destinar un tiempo para mí				
24.-	A pesar de mis limitaciones para moverme, soy capaz de cuidarme como a mí me gusta				

Datos relacionados con el autocuidado del adulto mayor

1 Realiza su lavado de dientes Si () No ()

Cuantas veces al día 1() 2() 3() Más de tres veces ()

2 En caso de padecer algún trastorno o enfermedad, toma sus medicamentos Si () No ()

¿Los toma como están indicados por el médico? Si () No ()

3 Considera que la cartilla de salud del adulto mayor es de utilidad en su autocuidado integral

Si () No ()

4Usted toma medicamentos sin prescripción médica (antigripal o analgésico) Si () No ()

5.- Usted toma bebidas alcohólicas Si () No ()

6.-Usted fuma Si () No ()

7.- Usted se realiza la autoexploración mamaria Si () No ()

8.- Usted se realiza exámenes de la próstata/ Papanicolau Si () No ()

9.- ¿Usted tiene problemas para dormir? Si () No ()

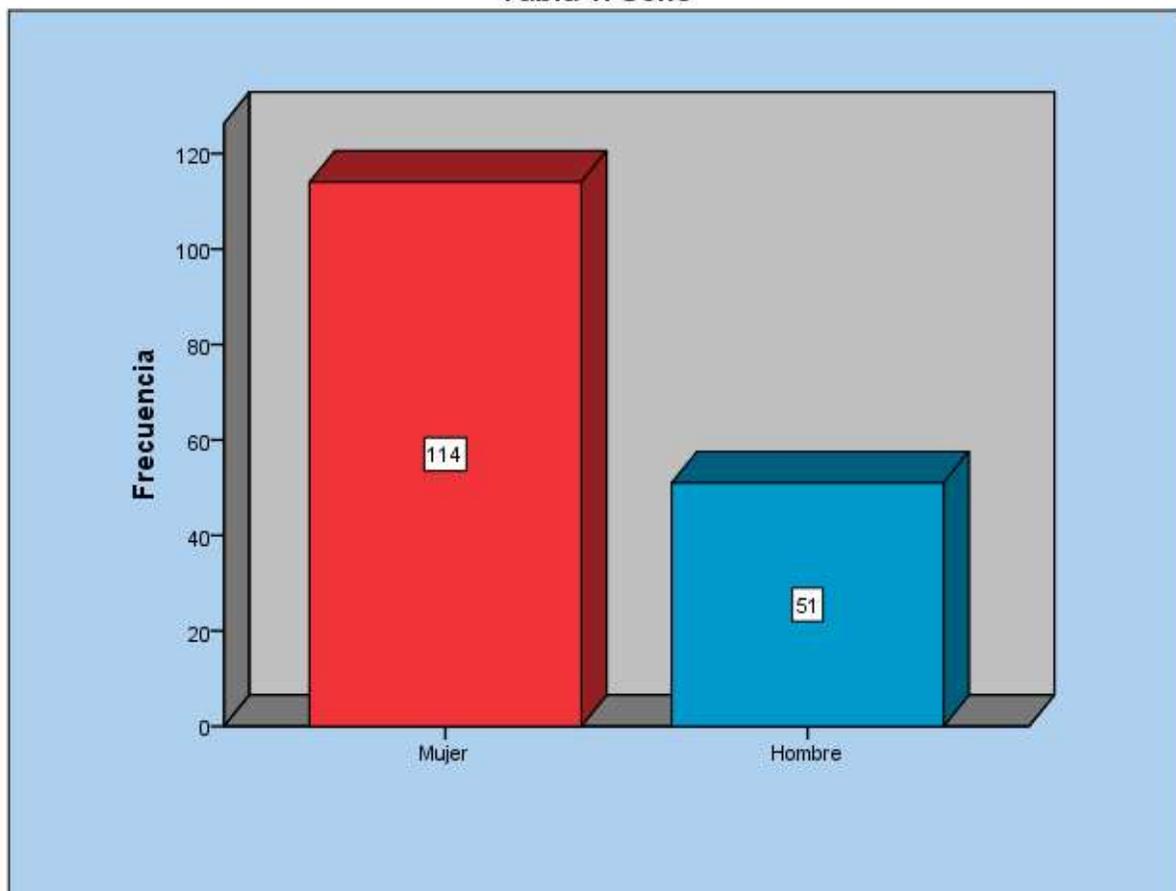
10.- ¿Usted considera que su vida es hermosa? Si () No () ¿Porque?

Anexo 14.3 Tablas y Graficas Sociodemográficas

Tabla 1. Sexo del adulto mayor		
	<i>f</i>	%
Mujer	114	69.1
Hombre	51	30.9
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016

Tabla 1. Sexo

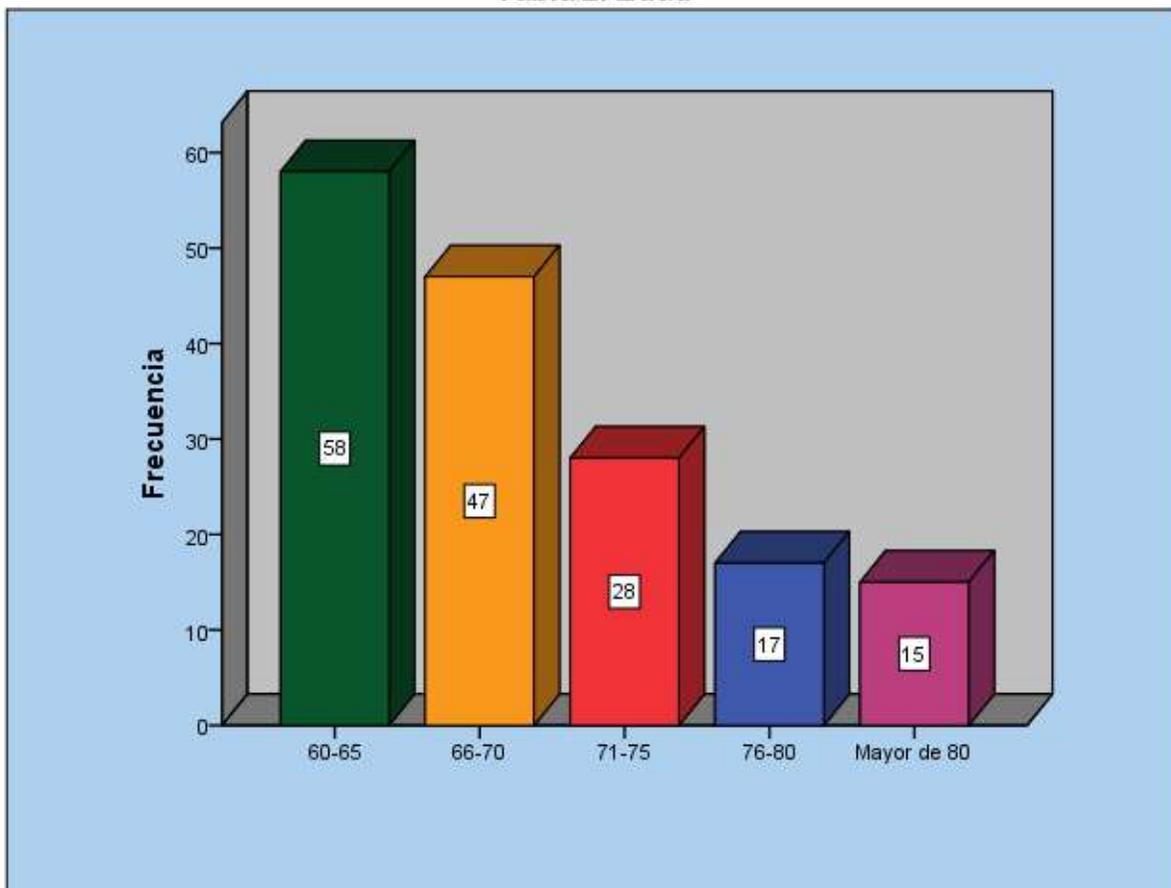


Fuente: grafica numero 1

Tabla 2. Edad de los adultos mayores		
		%
60-65	58	35.2
66-70	47	28.5
71-75	28	17.0
76-80	17	10.3
Mayor de 80	15	9.1
Total	165	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado en el 2016

Tabla 2. Edad



Fuente: grafica numero 2

Tabla 3. Escolaridad		
Clasificación	f	%
Analfabeta	39	23.6
Primaria incompleta	44	26.7
Primaria completa	22	13.3
Secundaria incompleta	9	5.5
Secundaria completa	11	6.7
Bachillerato	9	5.5
Estudios técnicos	8	4.8
Universidad incompleta	4	2.4
Profesional	19	11.5
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016

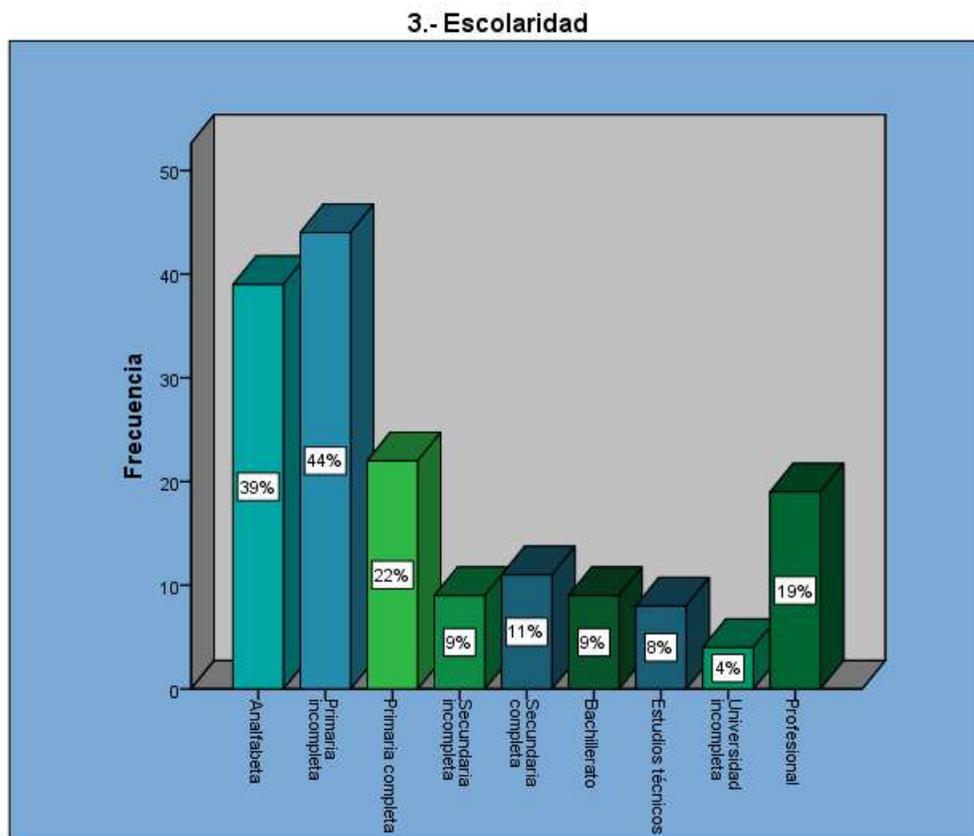
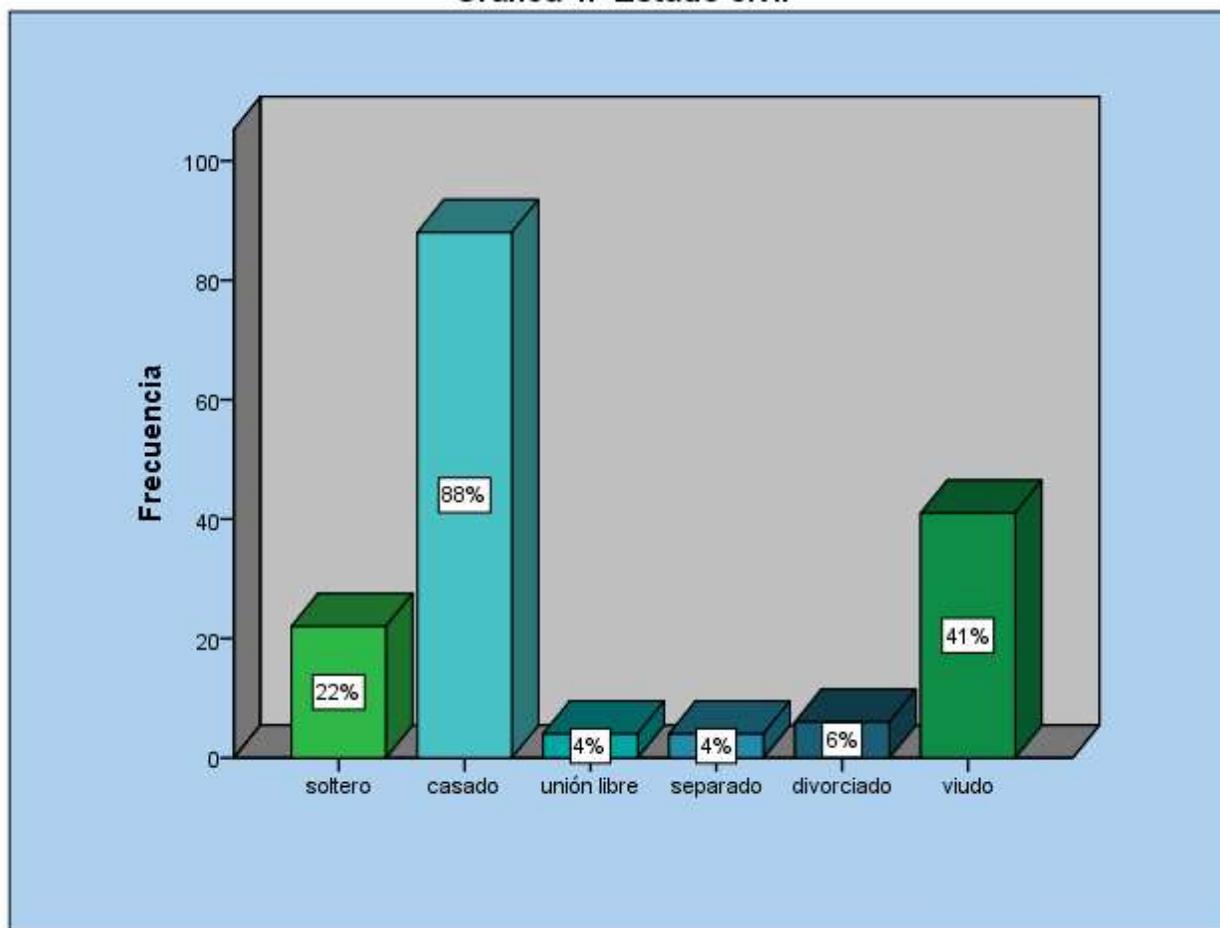


Tabla 4. Estado civil		
Categoría	f	%
Soltero	22	13.3
Casado	88	53.3
Unión libre	4	2.4
Separado	4	2.4
Divorciado	6	3.6
Viudo	41	24.8
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016

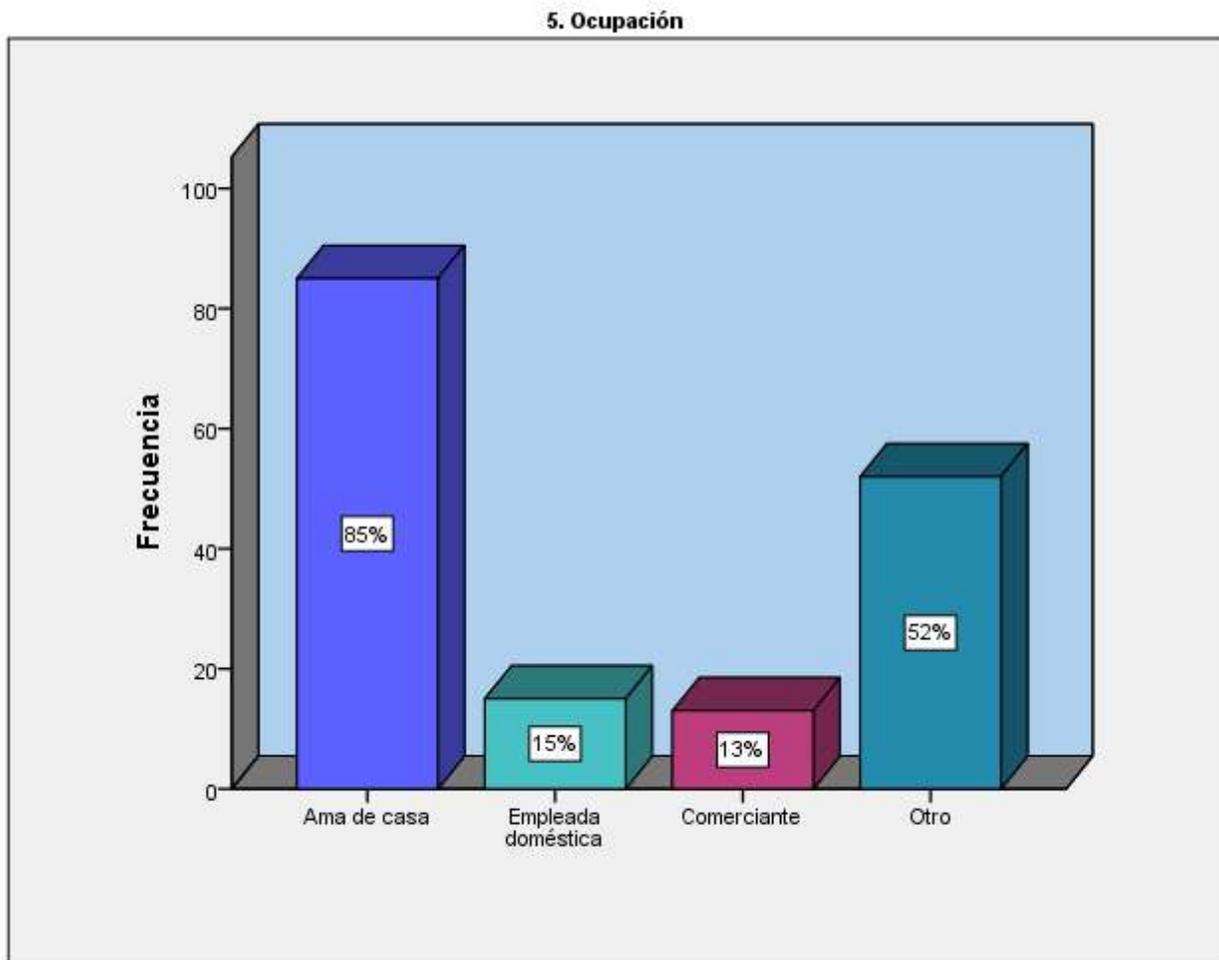
Grafica 4.- Estado civil



Fuente: grafica numero 4

Tabla 5. Ocupación		
Descripción	<i>f</i>	%
Ama de casa	5	51.5
Empleada doméstica	15	9.1
Comerciante	13	7.9
Otro	52	31.5
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016



Fuente: Grafica número 5

Descripción de los resultados del instrumento “Apreciación de la agencia de autocuidado” ASA.

Tabla 1. Hago ajustes para mantener mi salud a medida que cambian las circunstancias

<i>Frecuencia</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Nunca	11	6.7
Casi nunca	19	11.5
Siempre	98	59.4
Casi siempre	37	22.4
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016.

Grafica 1.- Hago ajustes para mantener mi salud a medida que cambian las circunstancias

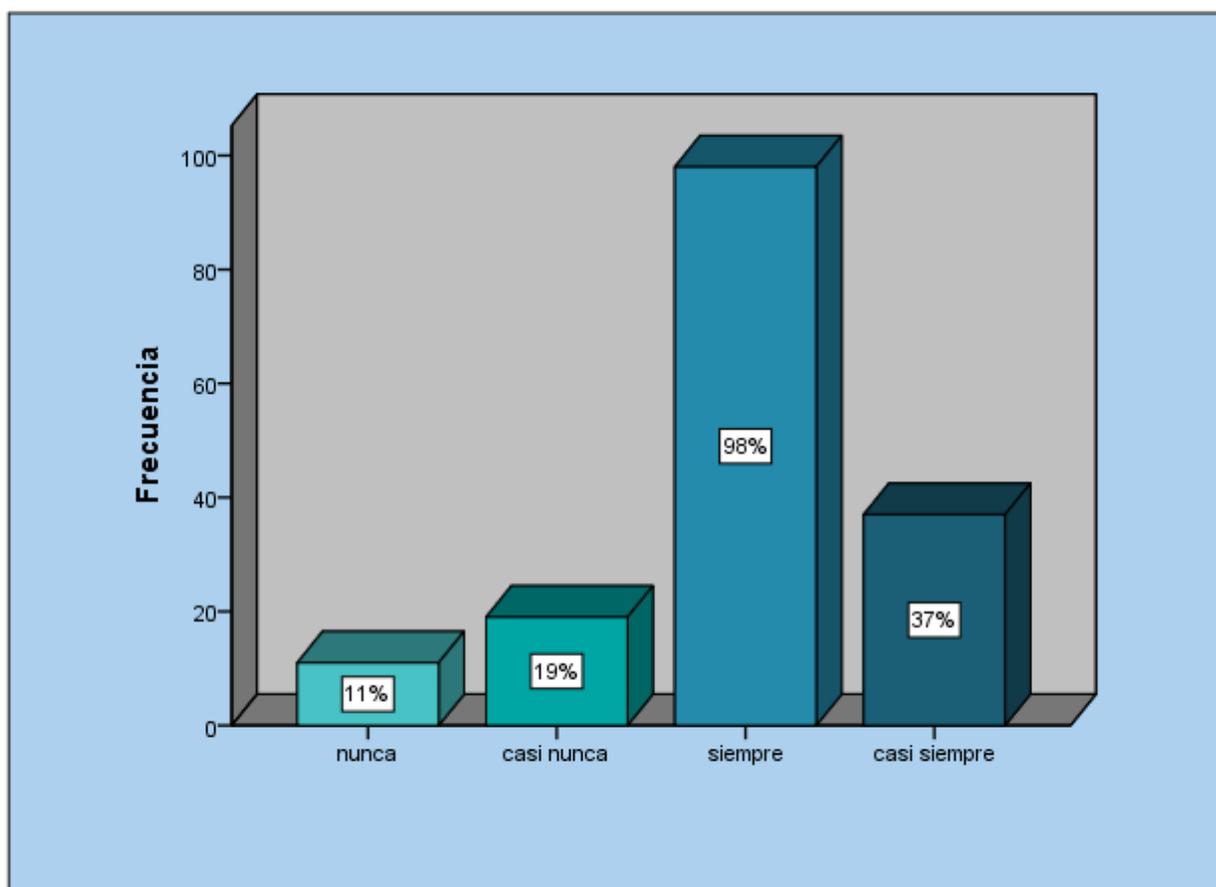


Tabla 2. Normalmente reviso las actividades que hago para mantener con salud

<i>Frecuencia</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Nunca	7	4.2
Casi nunca	13	7.9
Siempre	111	67.3
Casi siempre	34	20.6
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016.

Gráfica 2.- Normalmente reviso las actividades que hago para mantener con salud

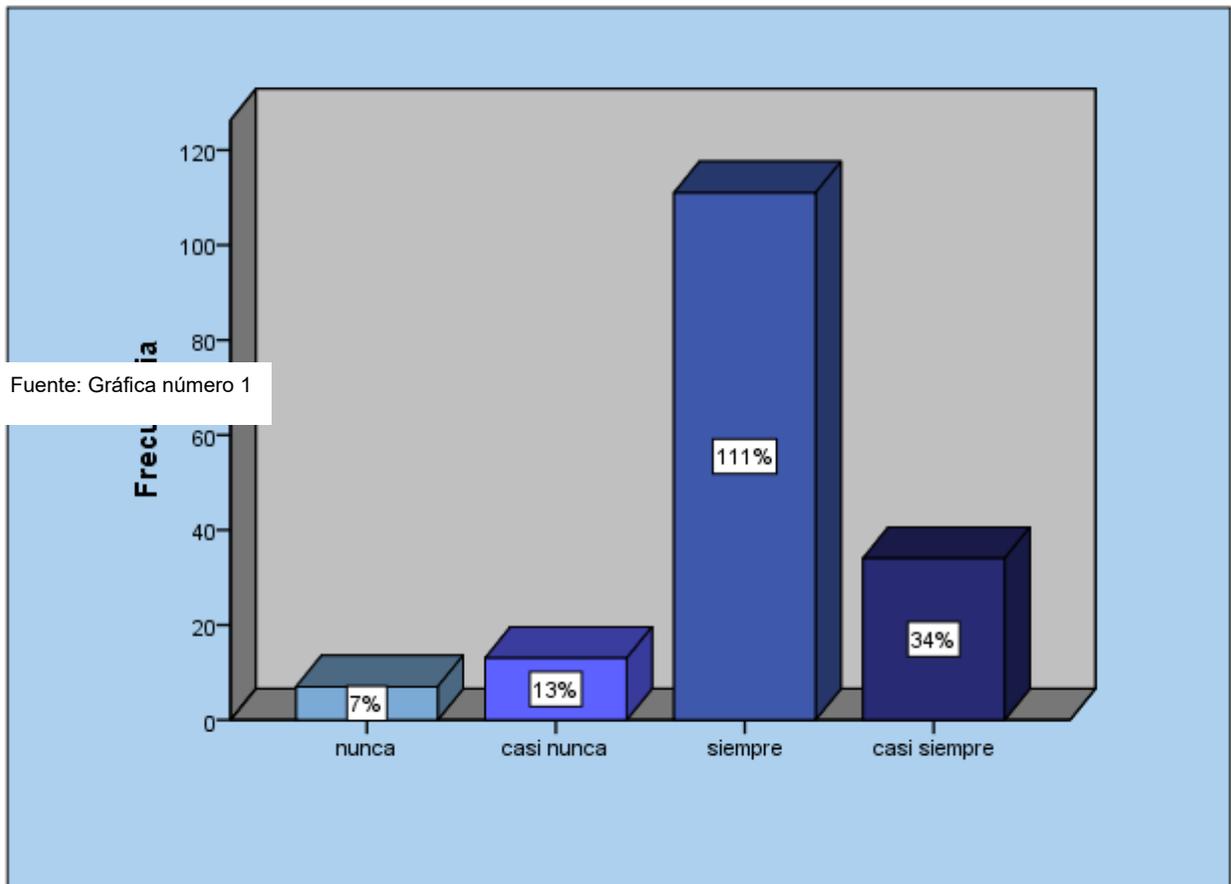
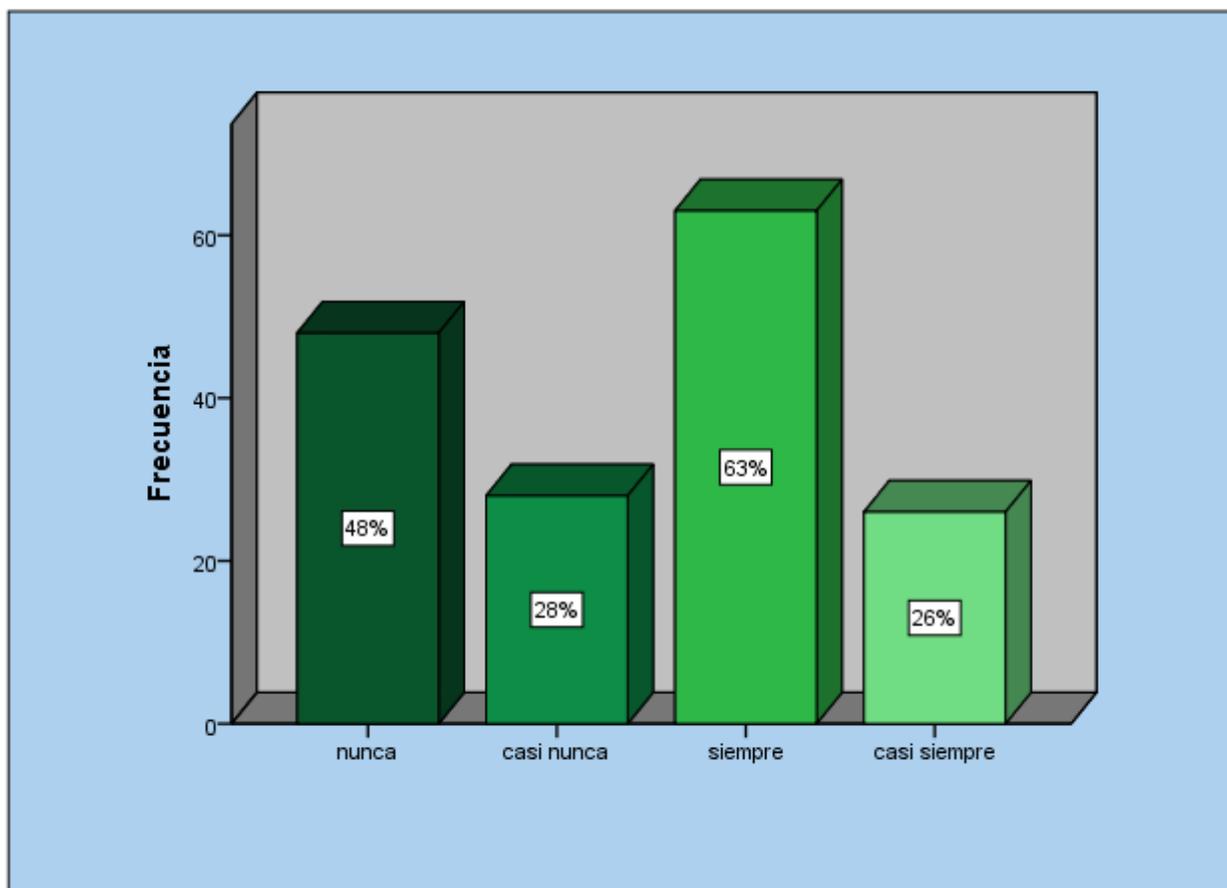


Tabla 3. Consigo ayuda para moverme y desplazarme		
<i>Frecuencia</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Nunca	48	29.1
Casi nunca	28	17.0
Siempre	63	38.2
Casi siempre	26	15.8
Total		

Gráfica 3.- Consigo ayuda para moverme y desplazarme



165

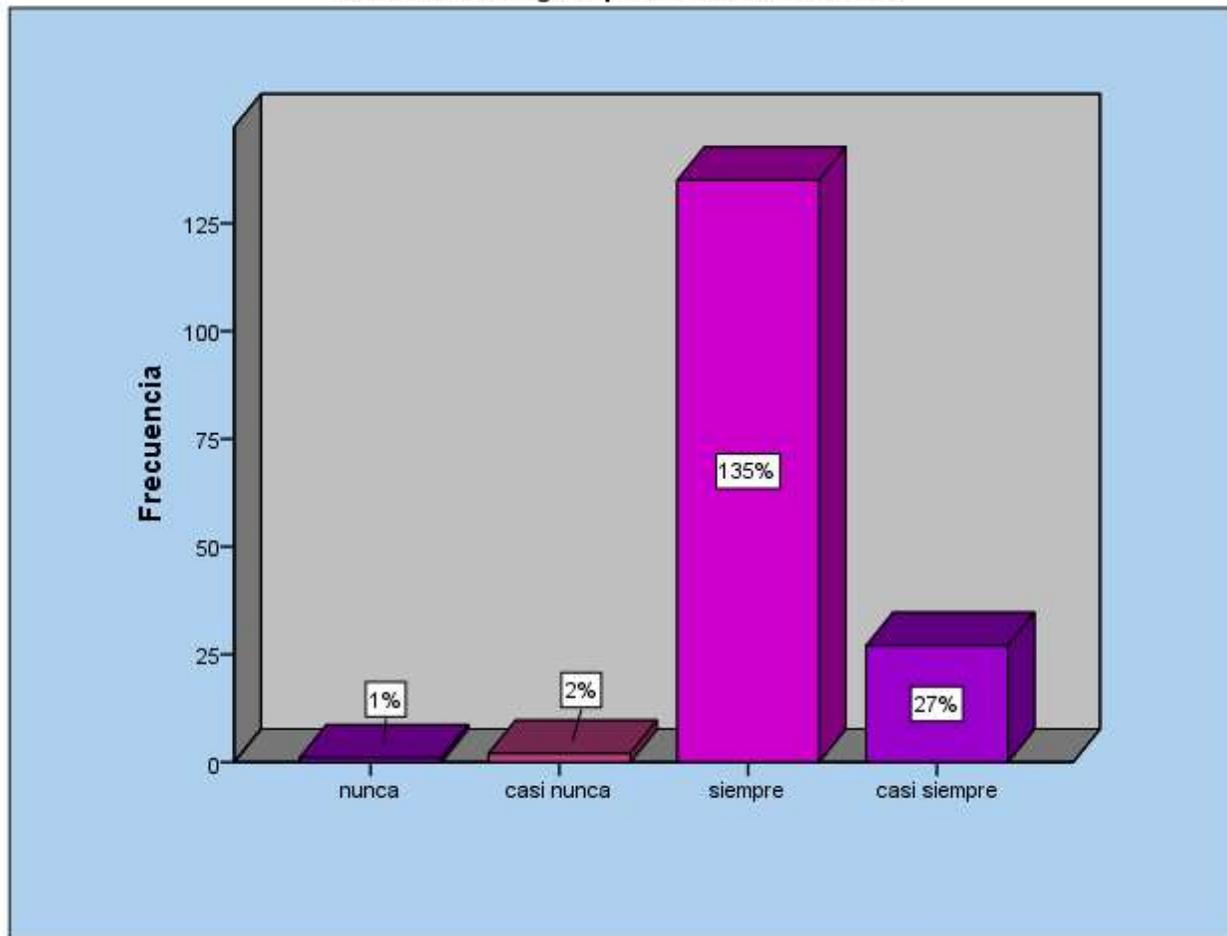
100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016.

Tabla 4. Mantengo limpio el ambiente donde vive		
Frecuencia	f	%
Nunca	1	0.6
Casi nunca	2	1.2
Siempre	135	81.8
Casi siempre	27	16.4
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016

Gráfica 4.- Mantengo limpio el ambiente donde vive

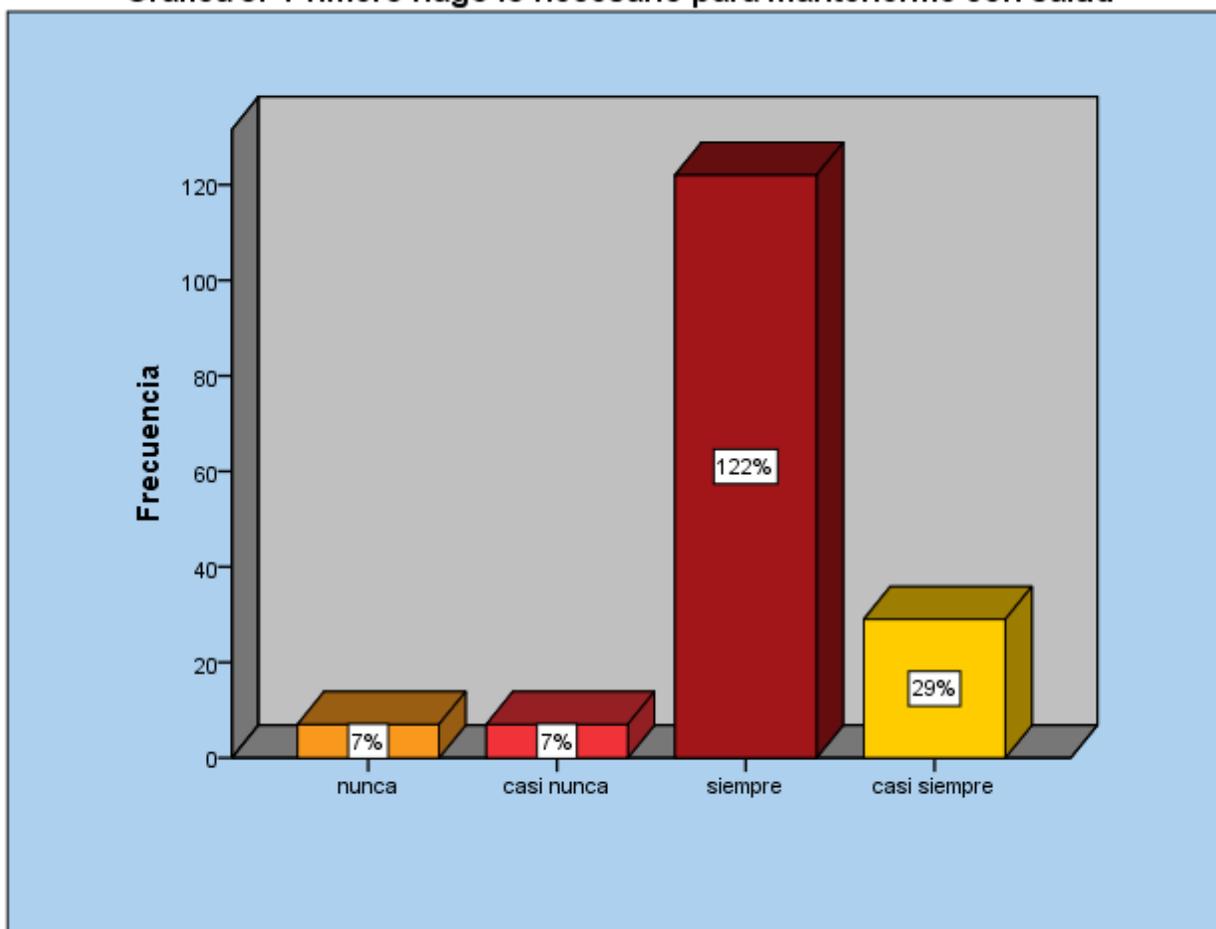


Fuente: Gráfica número 4

Tabla 5. Primero hace lo necesario para mantenerme con salud		
<i>Frecuencia</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Nunca	7	4.2
Casi nunca	7	4.2
Siempre	122	73.9
Casi siempre	29	17.6
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016

Grafica 5.- Primero hago lo necesario para mantenerme con salud

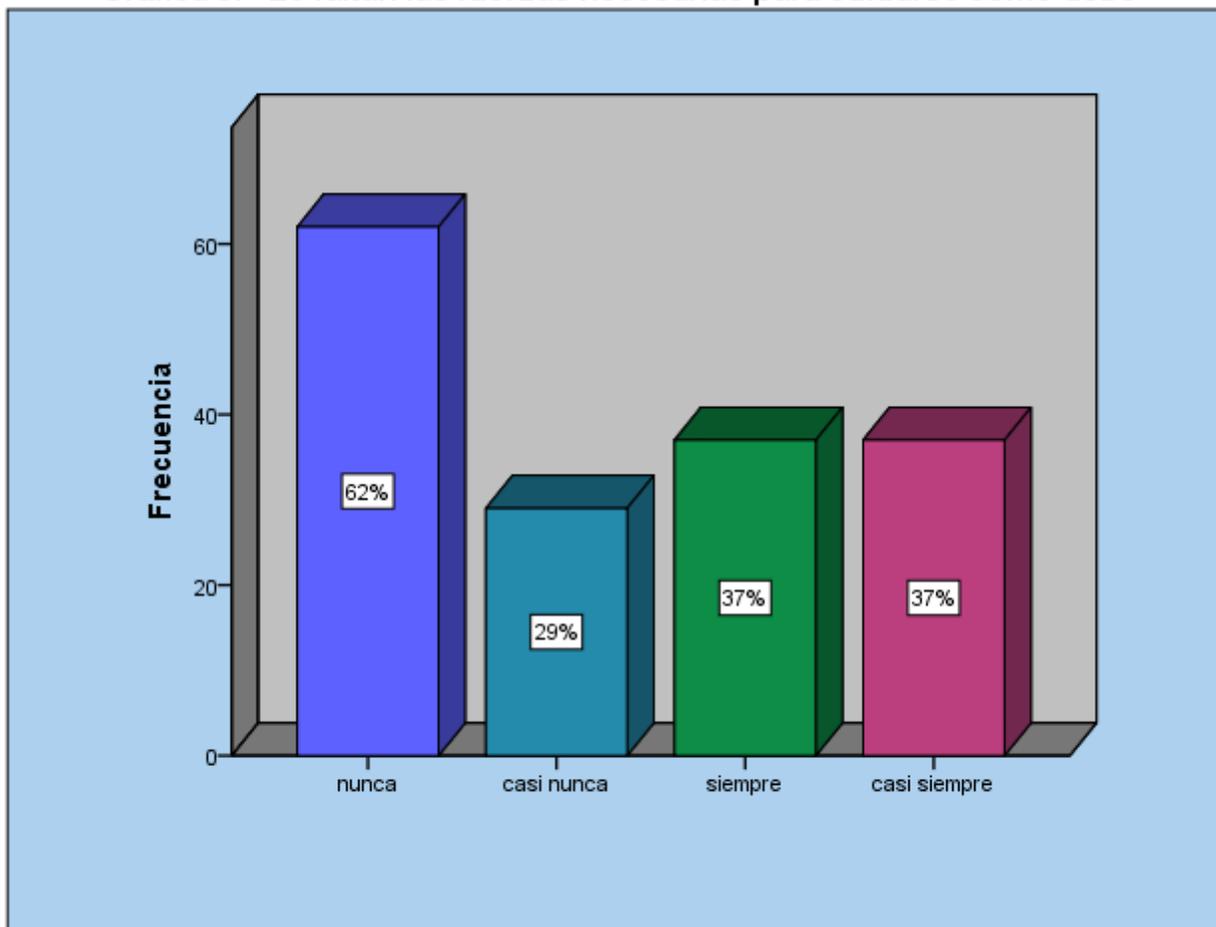


Fuente: Gráfica número 5

Tabla 6. Le faltan las fuerzas necesarias para cuidarse como debe			
Frecuencia	f	%	
Nunca	62	37.6	
Casi nunca	29	17.6	
Siempre	37	22.4	
Casi siempre	37	22.4	
Total	165	100.0	

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016.

Grafica 6.- Le faltan las fuerzas necesarias para cuidarse como debe



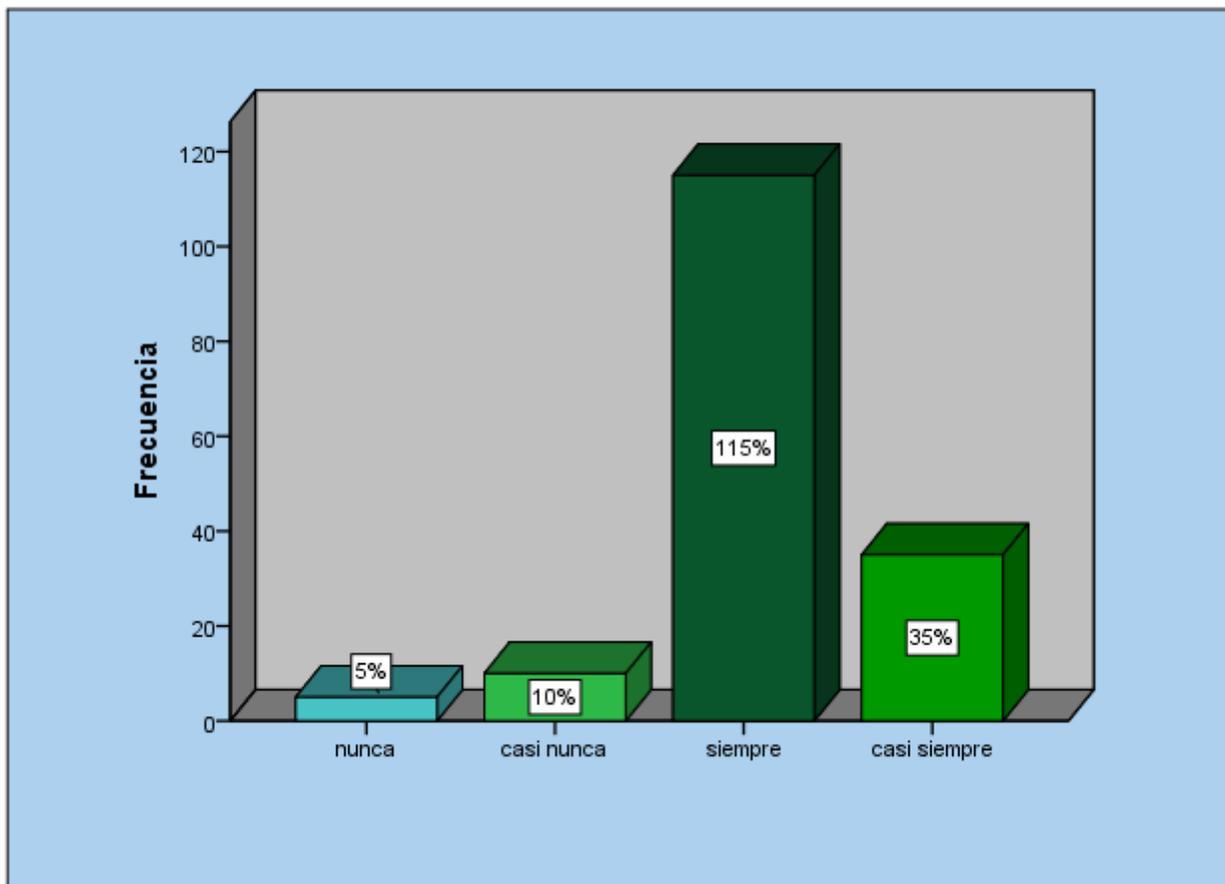
Fuente: Gráfica número 6

Tabla 7. Si quiero, busco las formas para cuidar su salud y mejorar la que tiene ahora

<i>Frecuencia</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Nunca	5	3.0
Casi nunca	10	6.1
Siempre	115	69.7
Casi siempre	35	21.2
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016.

Grafica 7.- Si quiero, busco las formas para cuidar su salud y mejorar la que tiene ahora.



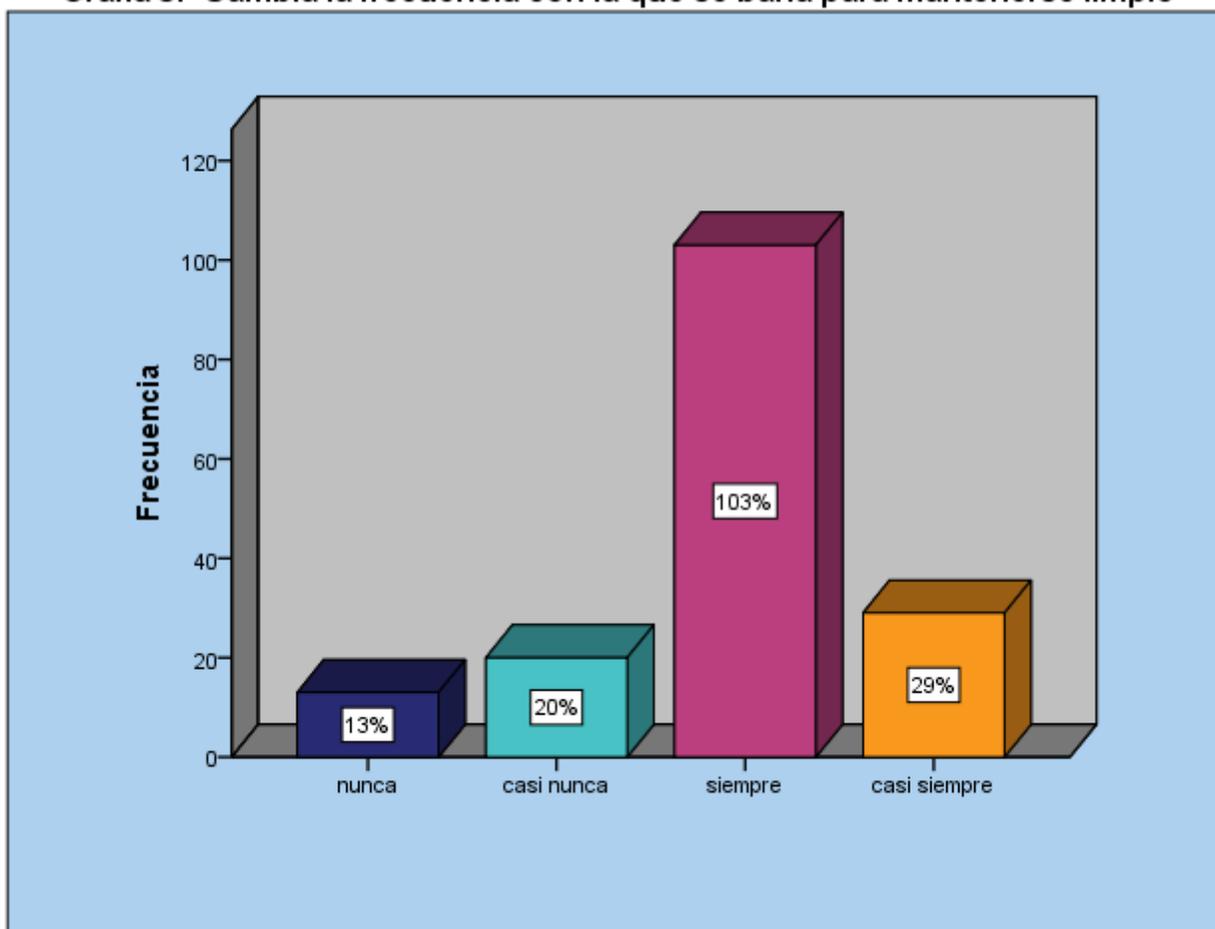
Fuente: Gráfica número 7

Tabla 8. Cambia la frecuencia con la que se baña para mantenerse limpio

<i>Frecuencia</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Nunca	13	7.9
casi nunca	20	12.1
Siempre	103	62.4
casi siempre	29	17.6
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016.

Grafía 8.- Cambia la frecuencia con la que se baña para mantenerse limpio



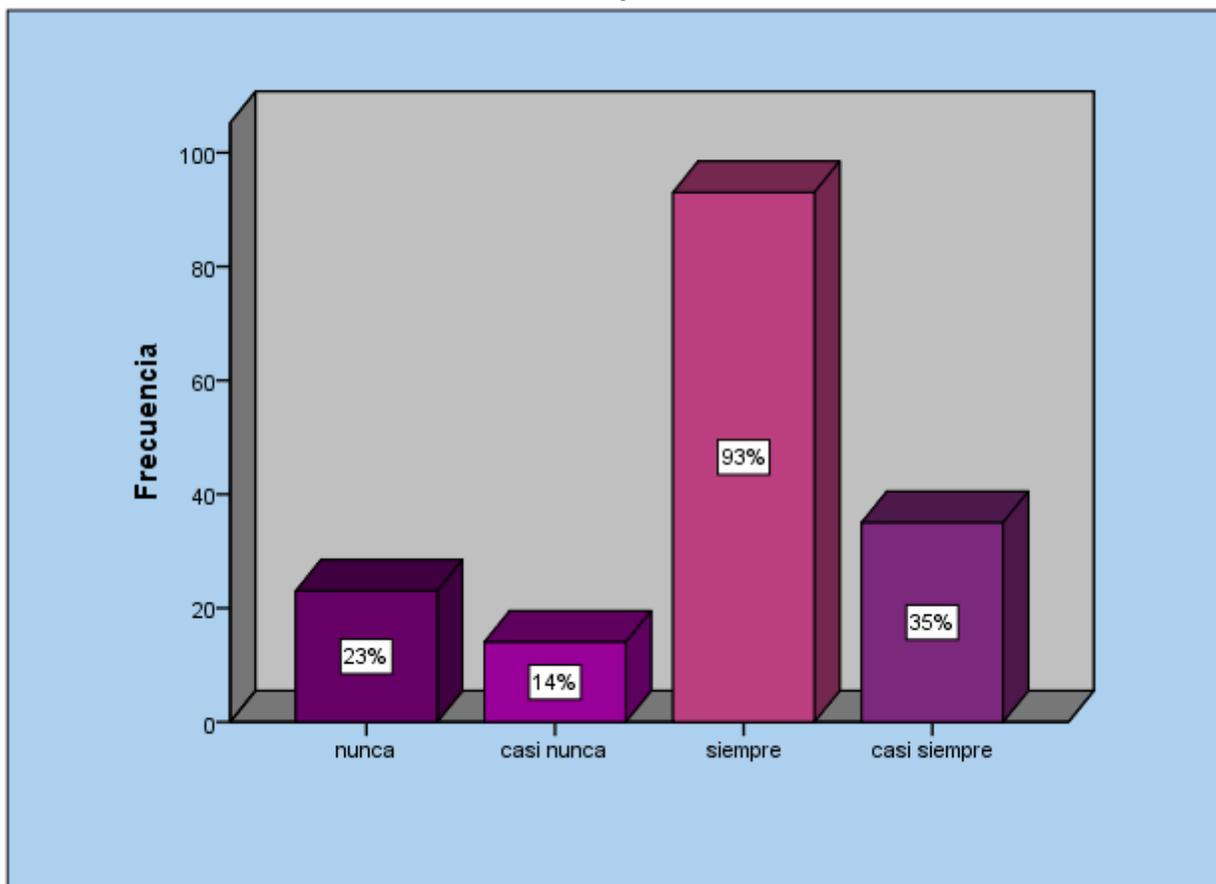
Fuente: Gráfica número 8

Tabla 9. Hace cambios en los alimentos para mantener el peso que le corresponde

<i>Frecuencia</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Nunca	23	13.9
Casi nunca	14	8.5
Siempre	93	56.4
Casi siempre	35	21.2
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016.

Grafica 9.- Hace cambio en los alimentos para mantener el peso que le corresponde

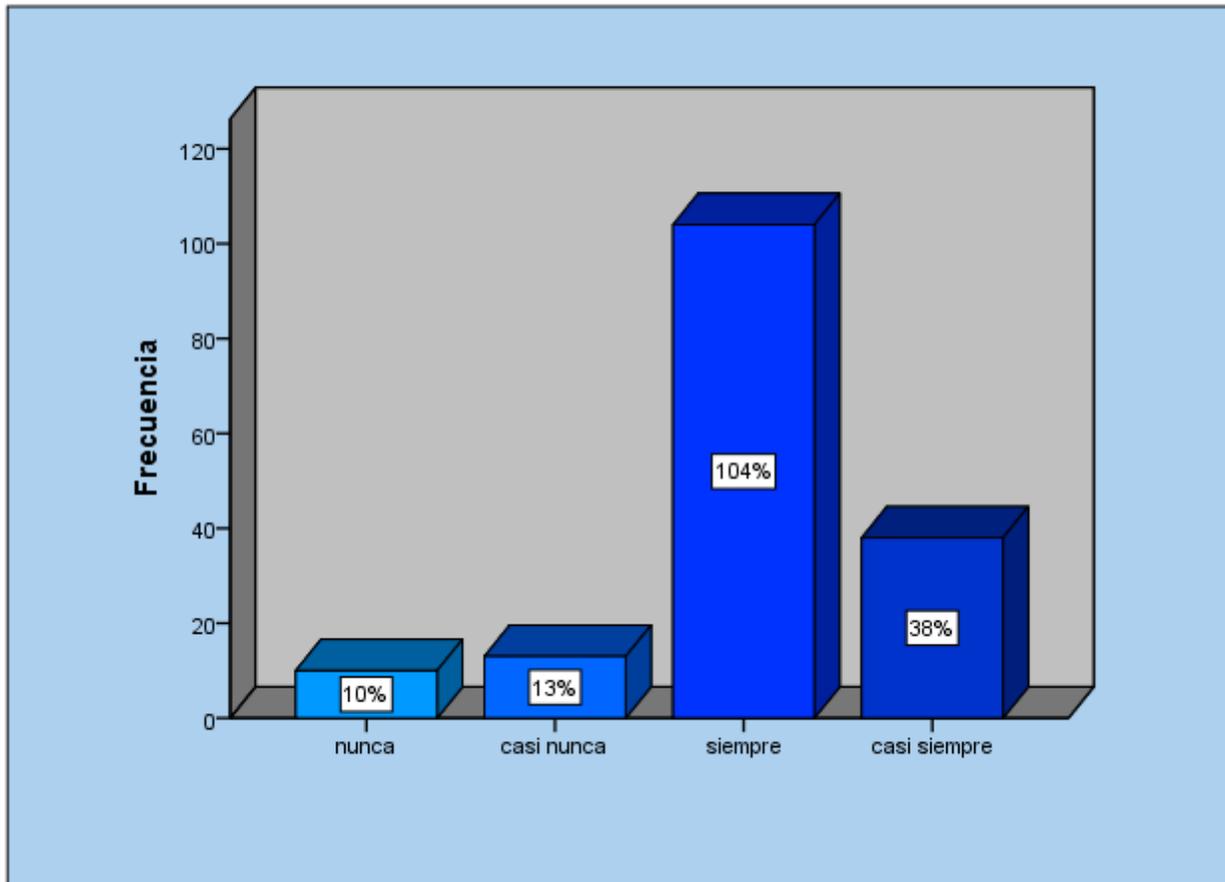


Fuente: Gráfica número 9

Tabla 10. Cuando hay situaciones que me afectan, las manejo para que no afecten mi forma de ser		
<i>Frecuencia</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Nunca	10	6.1
Casi nunca	13	7.9
Siempre	104	63.0
Casi siempre	38	23.0
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016.

Grafica 10.- Cuando hay situaciones que me afectan, las manejo para que no afecten mi forma de ser

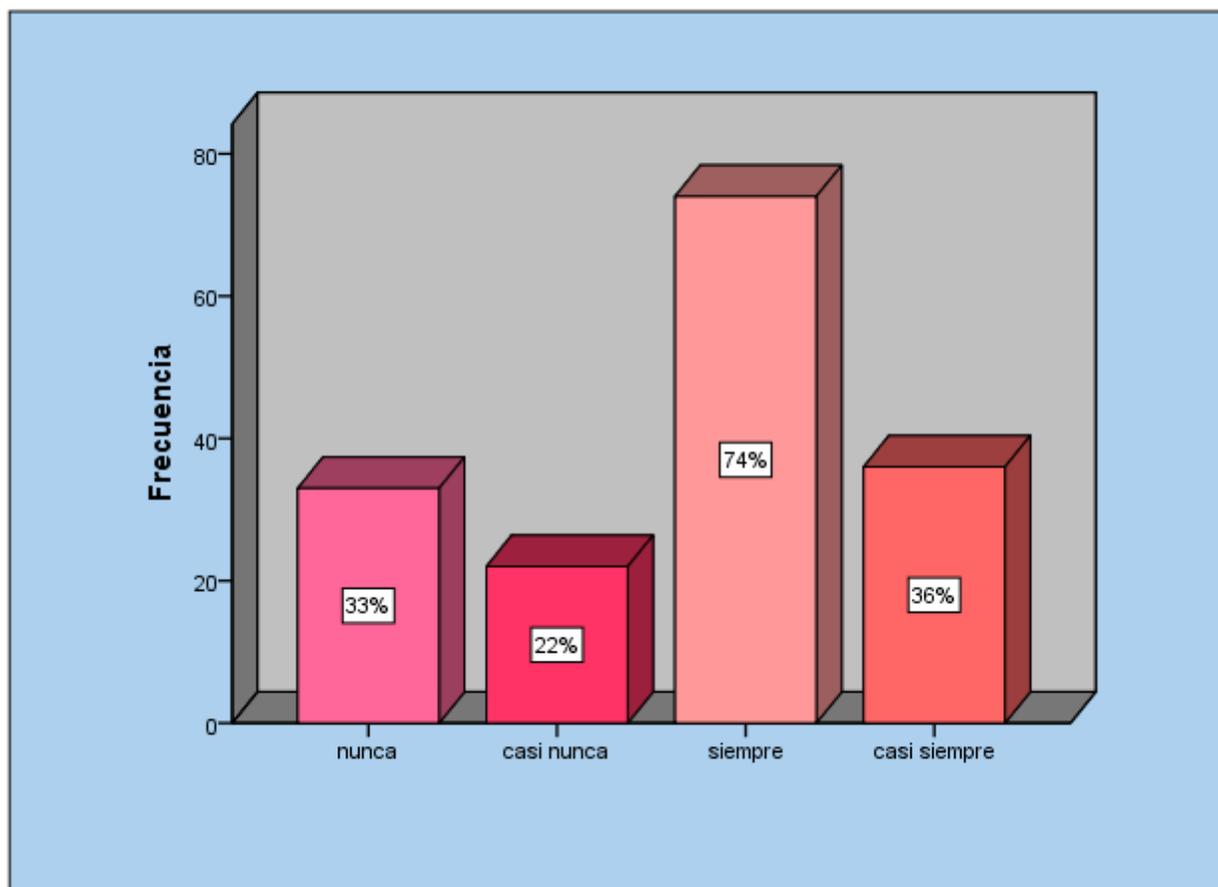


Fuente: Gráfica número 10

Tabla 11. Piensa en hacer ejercicio y descansar, pero no tiene el tiempo para hacerlo		
<i>Frecuencia</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Nunca	33	20.0
Casi nunca	22	13.3
Siempre	74	44.8
Casi siempre	36	21.8
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016.

Grafica 11.- Piensa en hacer ejercicio y descansar, pero no tiene el tiempo para hacerlo



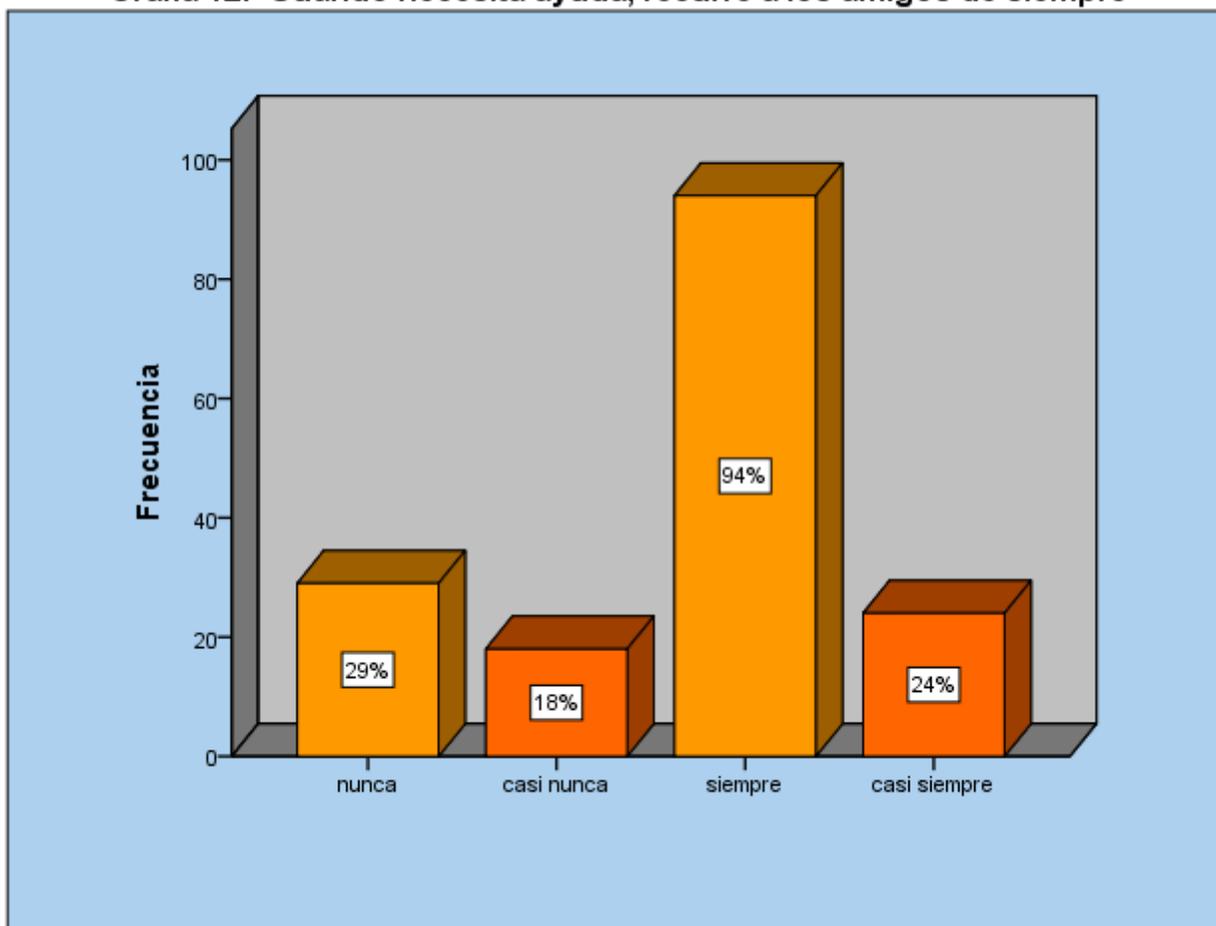
Fuente: Gráfica número 11

Tabla 12. Cuando necesita ayuda, recurre a los amigos de siempre

<i>Frecuencia</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Nunca	29	17.6
Casi nunca	18	10.9
Siempre	94	57.0
Casi siempre	24	14.5
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016.

Grafia 12.- Cuando necesita ayuda, recurre a los amigos de siempre



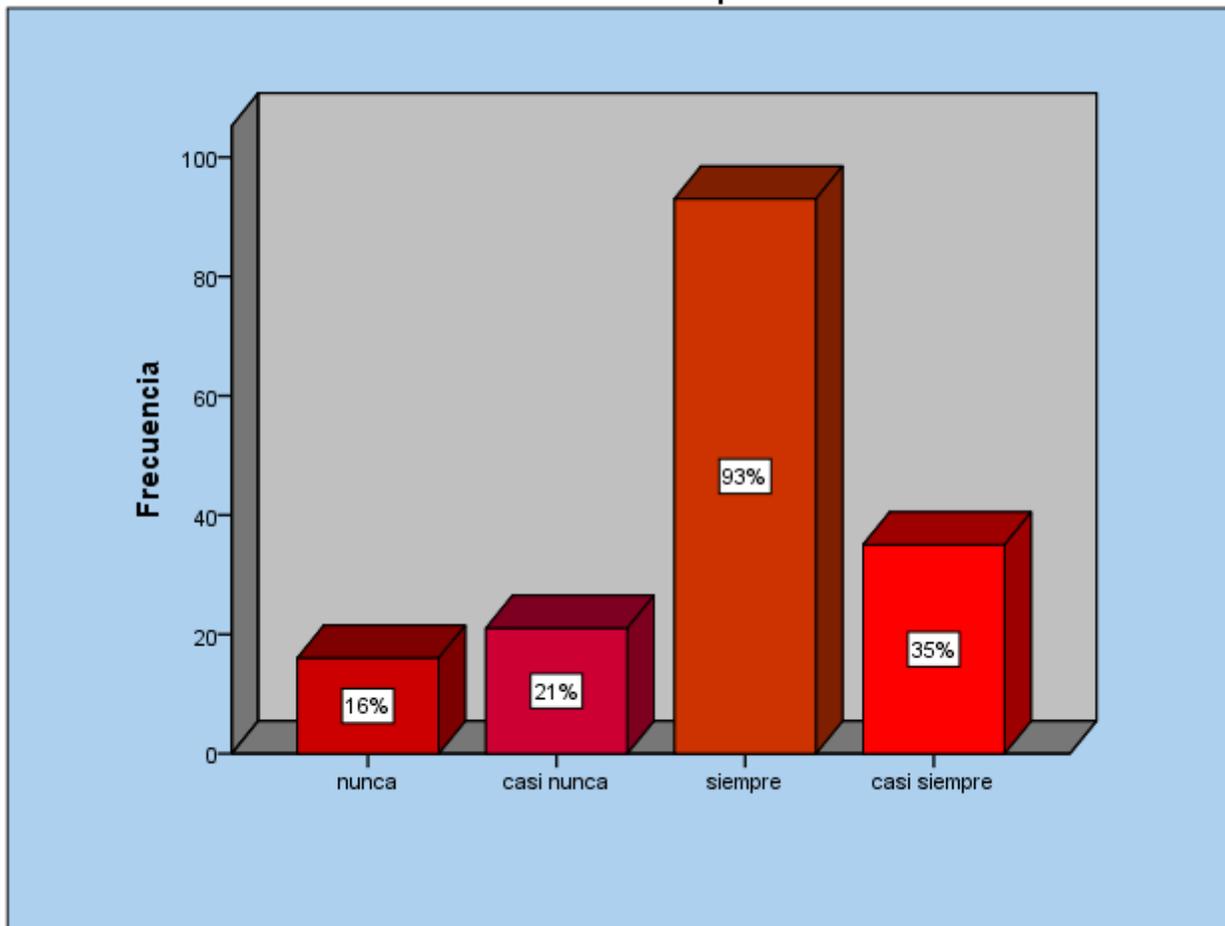
Fuente: Gráfica número 11

Tabla 13. Puede dormir lo suficiente para no sentirse cansado

<i>Frecuencia</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Nunca	16	9.7
Casi nunca	21	12.7
Siempre	93	56.4
Casi siempre	35	21.2
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016.

Grafica 13.- Puede dormir lo suficiente para no sentirse cansado



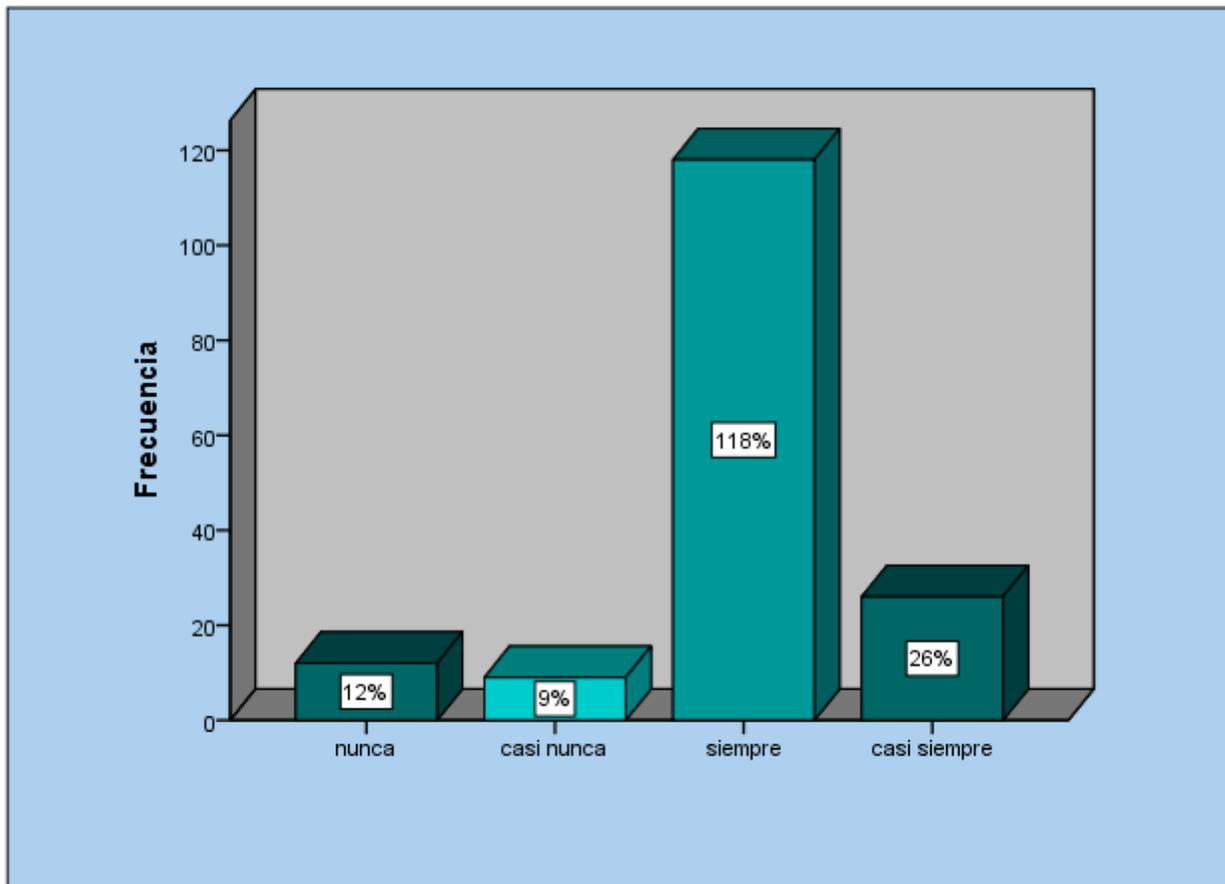
Fuente: Gráfica número 13

Tabla 14. Cuando le dan orientación sobre su salud pide le aclaren lo que no entiende

<i>Frecuencia</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Nunca	12	7.3
Casi nunca	9	5.5
Siempre	118	71.5
Casi siempre	26	15.8
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016.

Grafica 14. Cuando le dan orientación sobre su salud pide le aclaren lo que no entiende

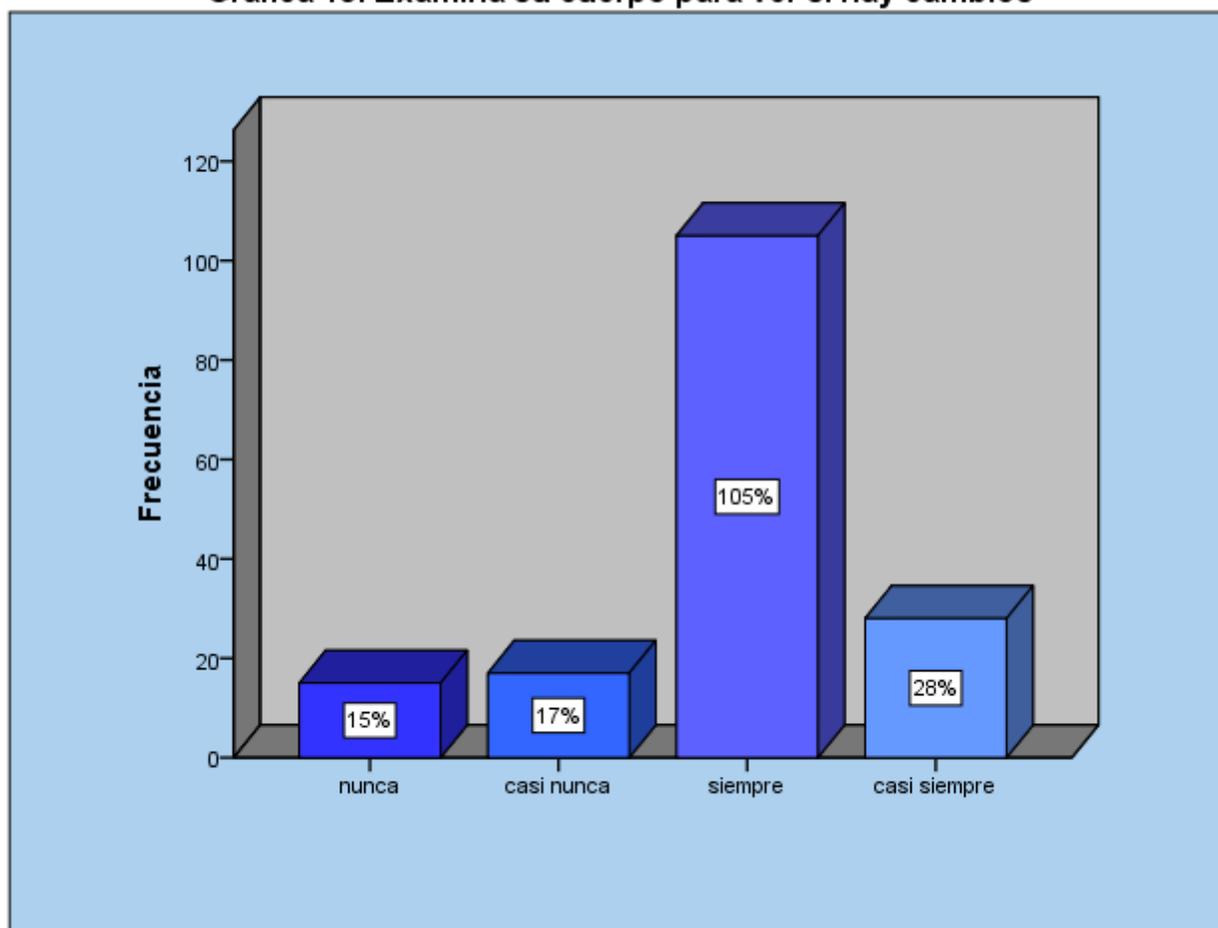


Fuente: Gráfica número 14

Tabla 15. Examina su cuerpo para ver si hay cambios		
<i>Frecuencia</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Nunca	15	9.1
Casi nunca	17	10.3
Siempre	105	63.6
Casi siempre	28	17.0
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016.

Grafica 15. Examina su cuerpo para ver si hay cambios



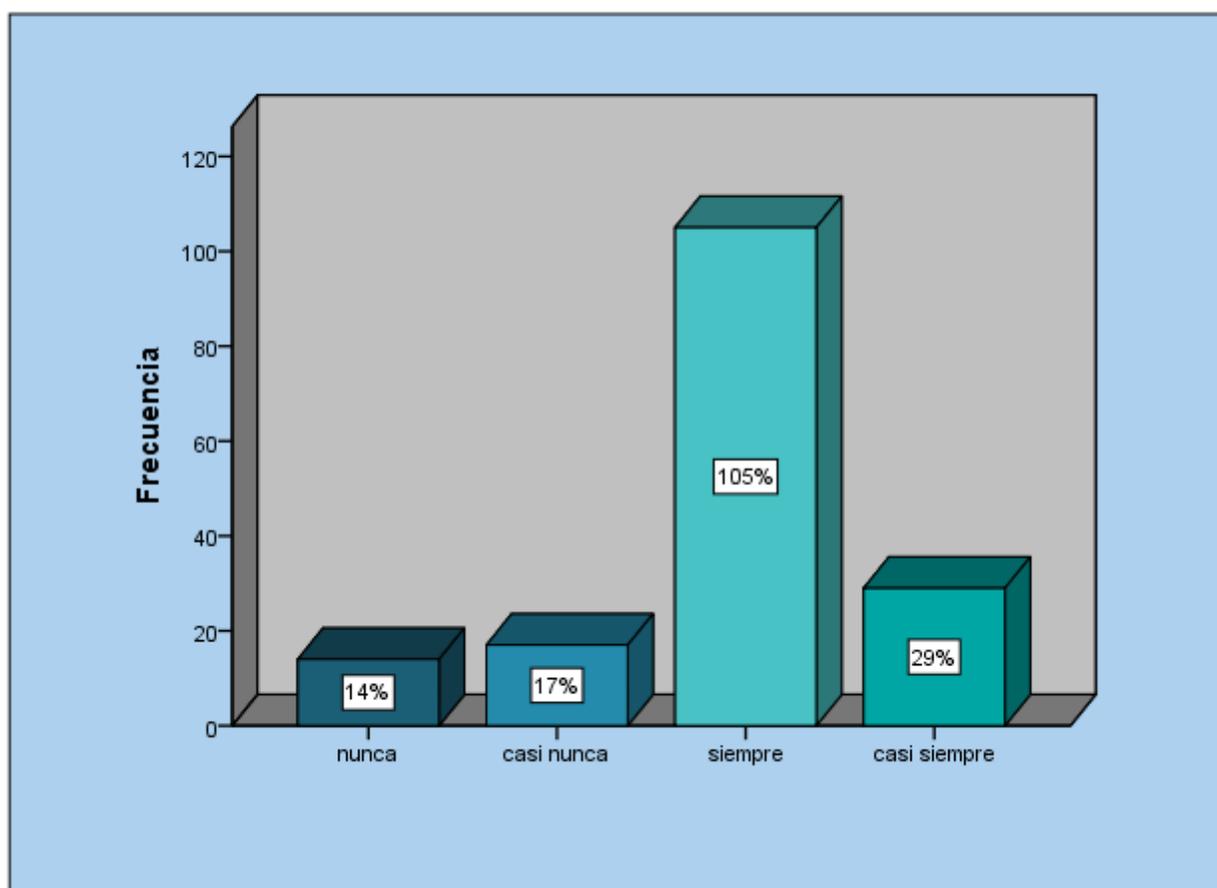
Fuente: Gráfica número 15

Tabla 16. Ha sido capaz de cambiar hábitos muy arraigados para mejorar su salud

<i>Frecuencia</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Nunca	14	8.5
Casi nunca	17	10.3
Siempre	105	63.6
Casi siempre	29	17.6
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016.

16.- Ha sido capaz de cambiar hábitos muy arraigados para mejorar su salud



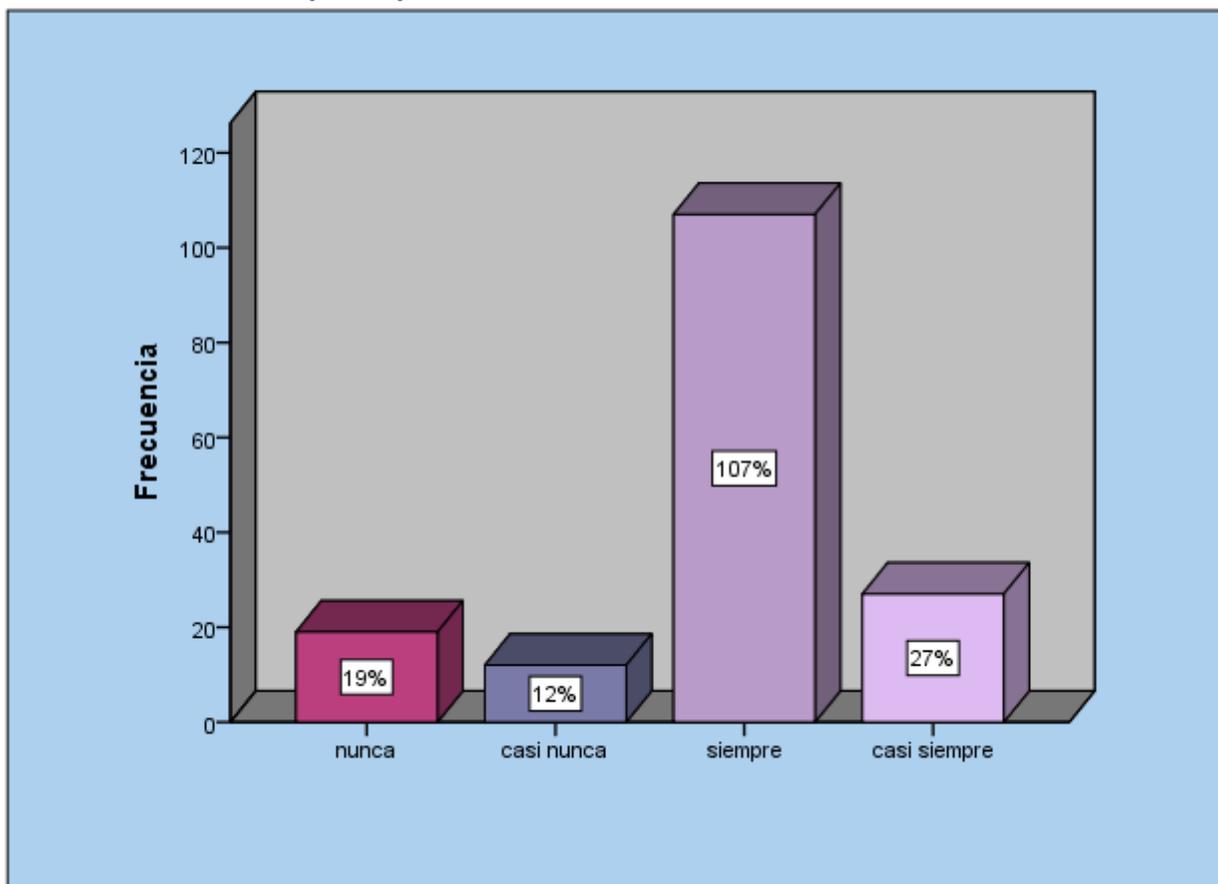
Fuente: Gráfica número 16

Tabla 17. Cuando tiene que tomar una nueva medicina, recurre al profesional de salud para que le informe sobre los efectos secundarios

<i>Frecuencia</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Nunca	19	11.5
Casi nunca	12	7.3
Siempre	107	64.8
Casi siempre	27	16.4
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016.

Grafica 17. Cuando tiene que tomar una nueva medicina, recurre al profesional de salud para que le informe sobre los efectos secundarios



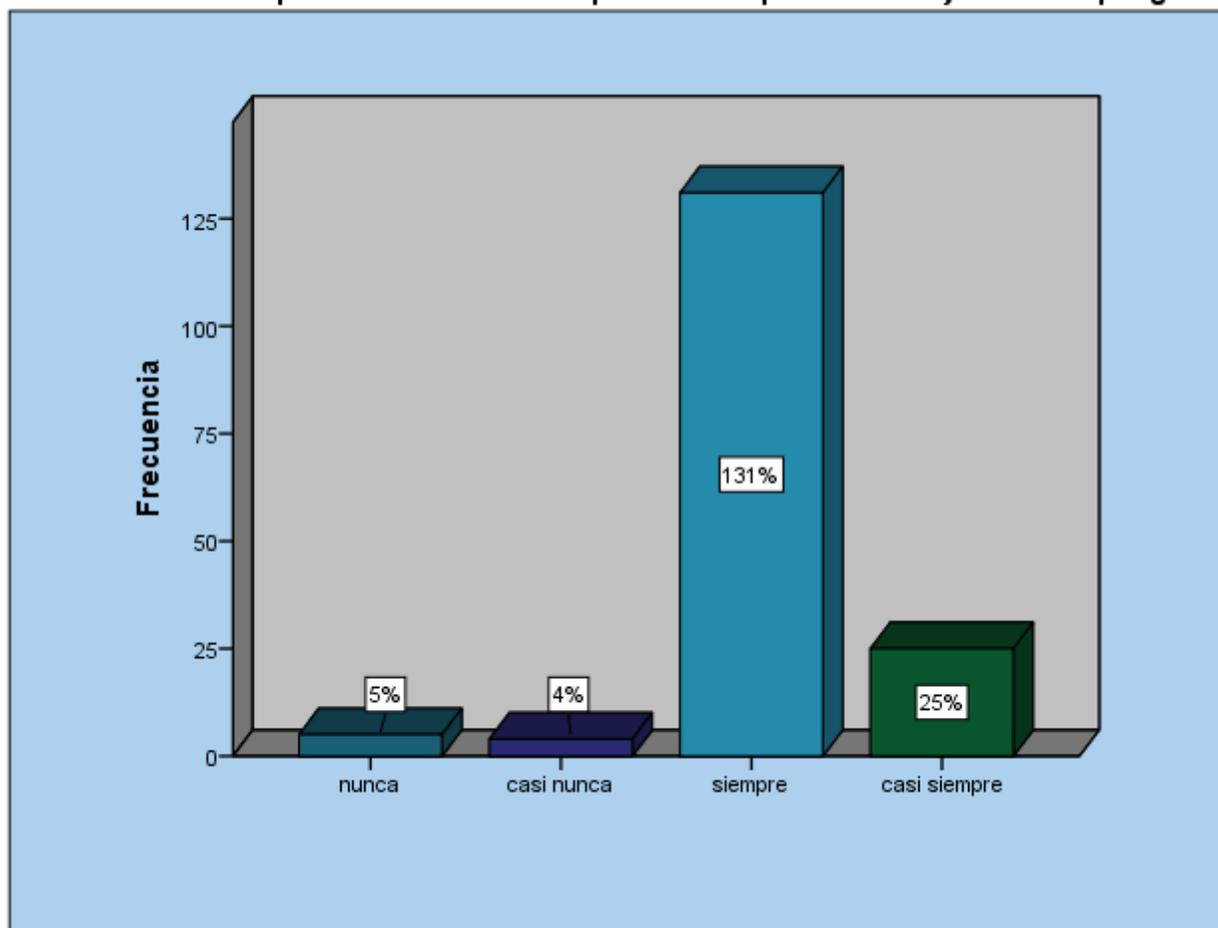
Fuente: Gráfica número 17

Tabla 18. Es capaz de tomar medidas para evitar que la familia y él corran peligro

<i>Frecuencia</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Nunca	5	3.0
Casi nunca	4	2.4
Siempre	131	79.4
Casi siempre	25	15.2
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016.

Grafica 18. Es capaz de tomar medidas para evitar que la familia y él corran peligro



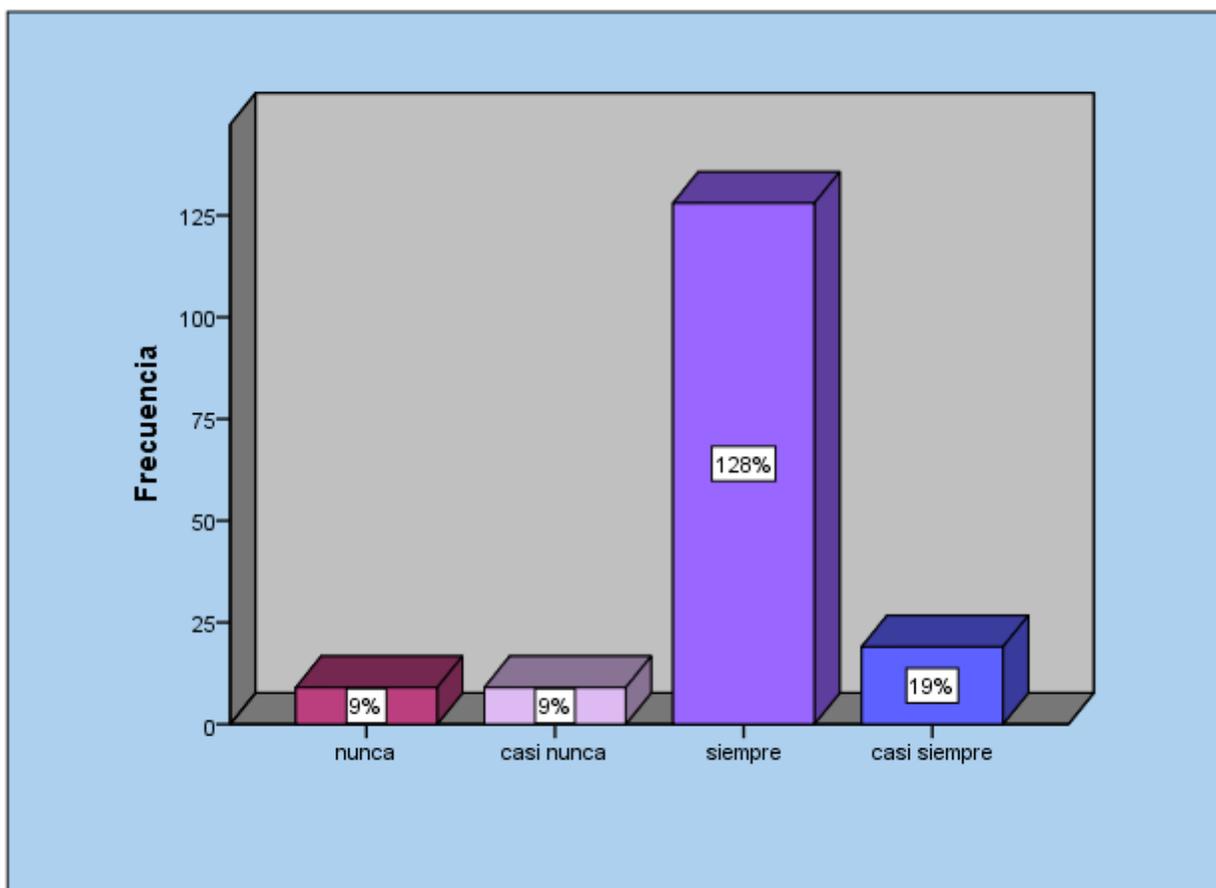
Fuente: Gráfica número 18

Tabla 19. Es capaz de evaluar que tanto le sirve lo que hace para mantenerse con salud

<i>Frecuencia</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Nunca	9	5.5
Casi nunca	9	5.5
Siempre	128	77.6
Casi siempre	19	11.5
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016.

Grafica 19.- Es capaz de evaluar qué tanto le sirve lo que hace para mantenerse con salud



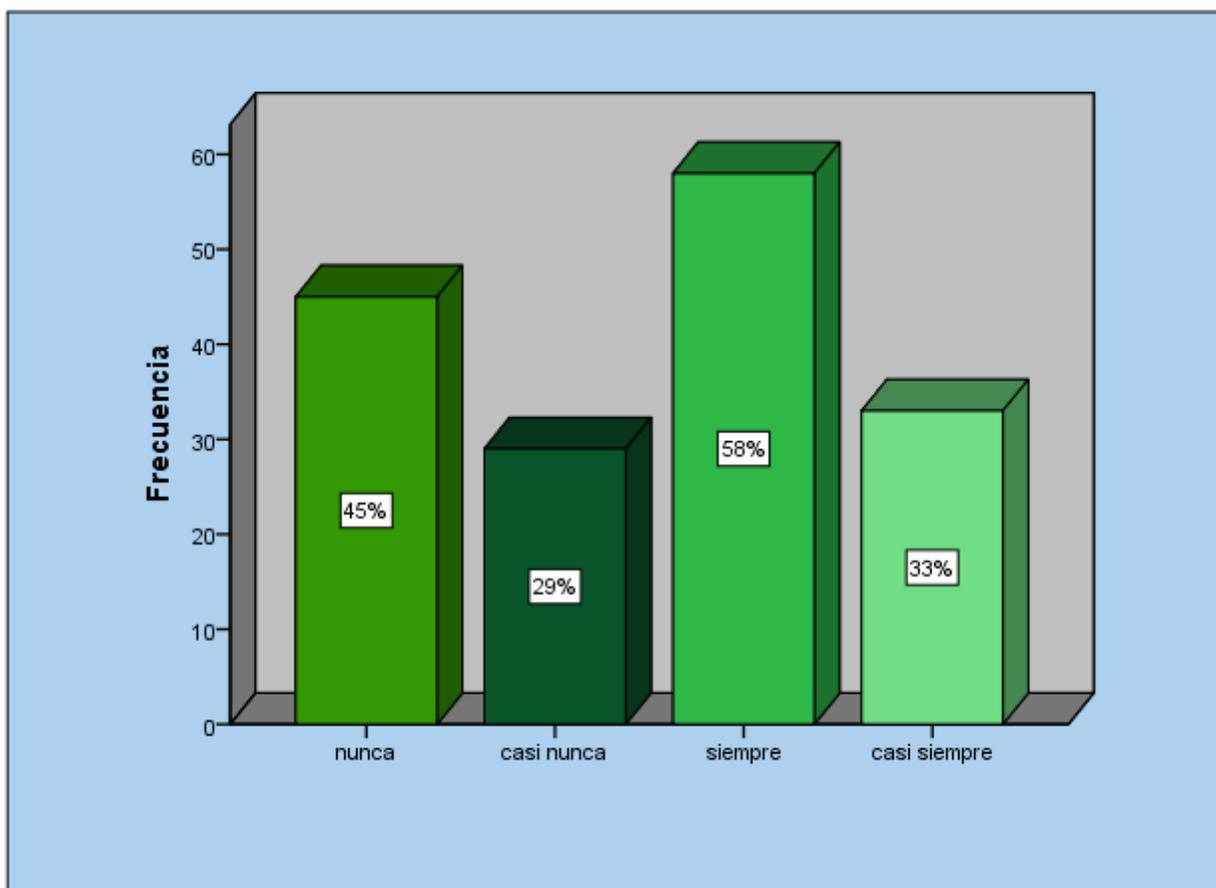
Fuente: Gráfica número 19

Tabla 20. Por realizar sus ocupaciones diarias, es difícil que tenga tiempo para cuidarse

<i>Frecuencia</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Nunca	45	27.3
Casi nunca	29	17.6
Siempre	58	35.2
Casi siempre	33	20.0
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016.

Tabla 20. Por realizar sus ocupaciones diarias, es difícil que tenga tiempo para cuidarse



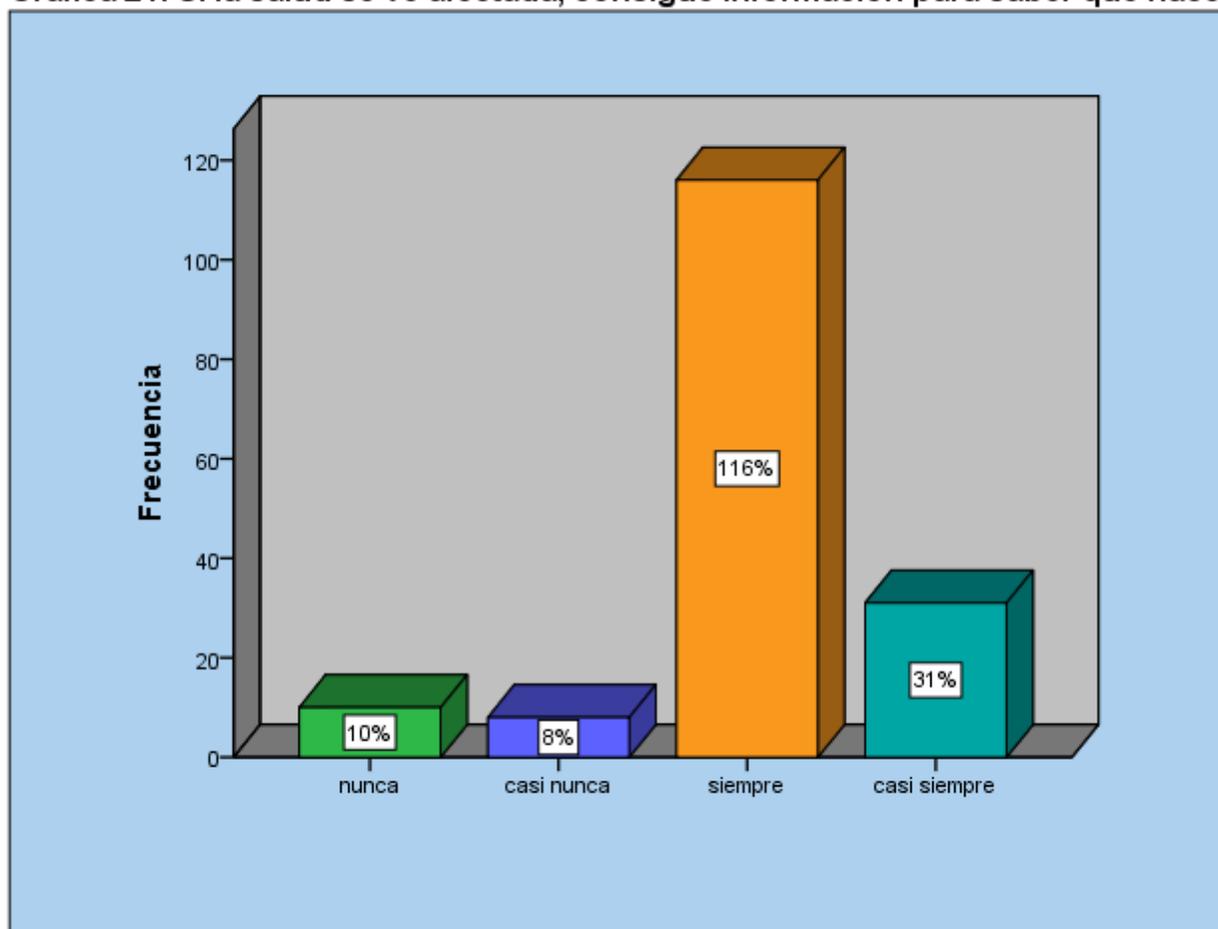
Fuente: Gráfica número 20

Tabla 21. Si la salud se ve afectada, consigue información para saber que hacer

<i>Frecuencia</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Nunca	10	6.1
Casi nunca	8	4.8
Siempre	116	70.3
Casi siempre	31	18.8
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016.

Grafica 21. Si la salud se ve afectada, consigue información para saber que hacer

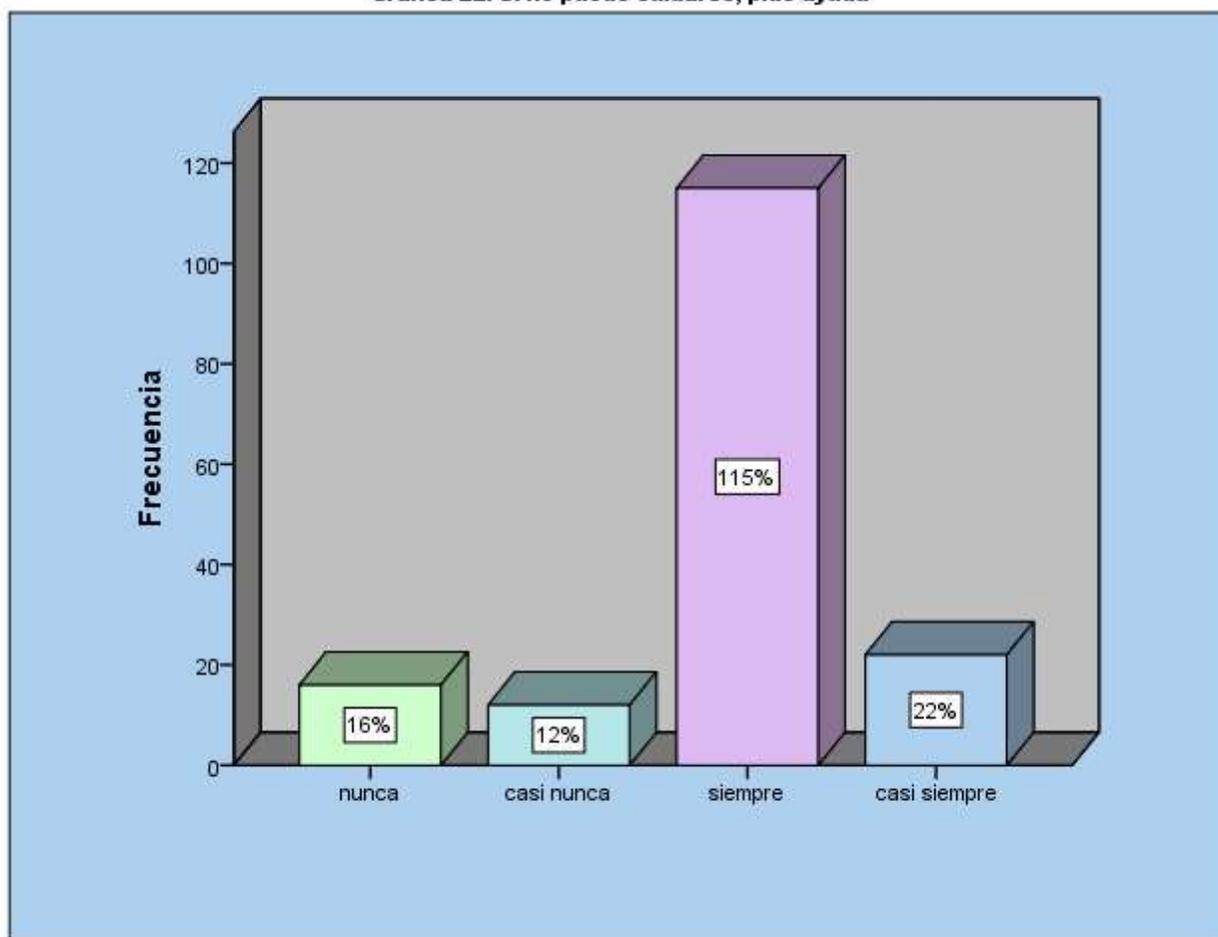


Fuente: Gráfica número 21

Tabla 22. Si no puede cuidarse, pide ayuda		
Frecuencia	f	%
Nunca	16	9.7
Casi nunca	12	7.3
Siempre	115	69.1
Casi siempre	22	13.3
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016.

Gráfica 22. Si no puede cuidarse, pide ayuda

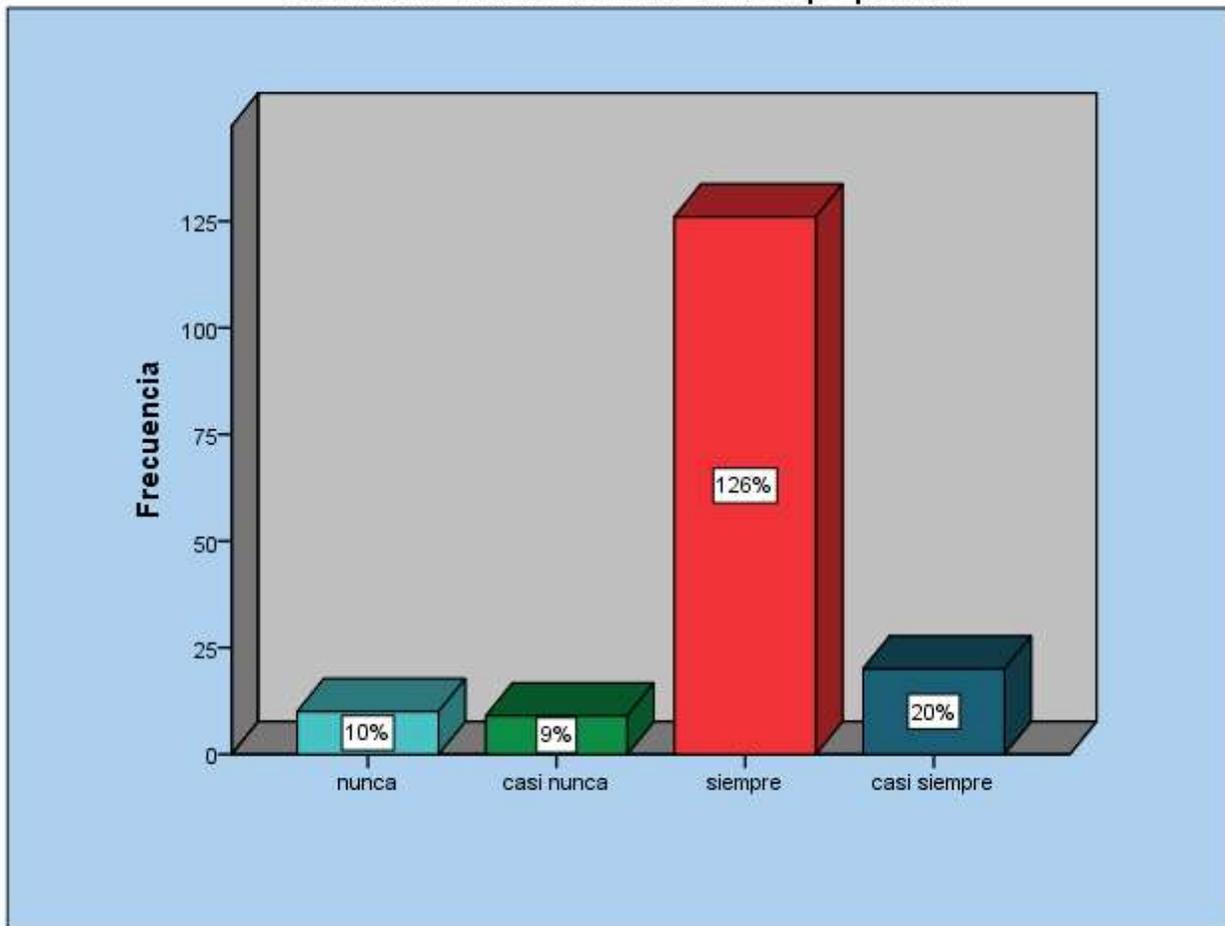


Fuente: Gráfica número 22

Tabla 23. Puede destinar un tiempo para él		
Frecuencia	f	%
Nunca	10	6.1
Casi nunca	9	5.5
Siempre	126	76.4
Casi siempre	20	12.1
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016

Grafica 23.- Puede destinar un tiempo para él

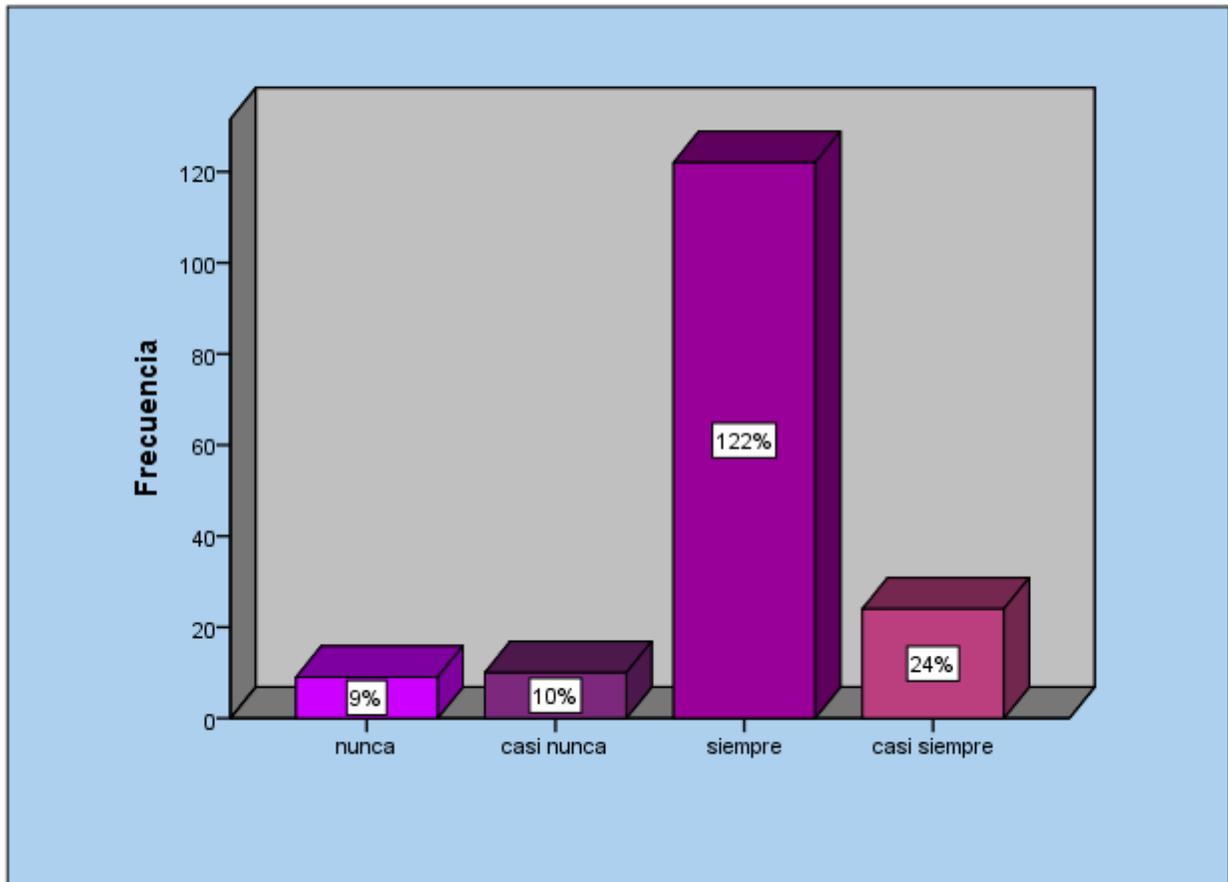


Fuente: Gráfica número 23

Tabla 24. A pesar de las limitaciones para moverse, es capaz de cuidarse como le gusta		
<i>Frecuencia</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Nunca	9	5.5
Casi nunca	10	6.1
Siempre	122	73.9
Casi siempre	24	14,5
Total	165	100.0

Fuente cuestionario aplicado en el 2016.

Grafica 24.- A pesar de las limitaciones para moverse, es capaz de cuidarse como le gusta



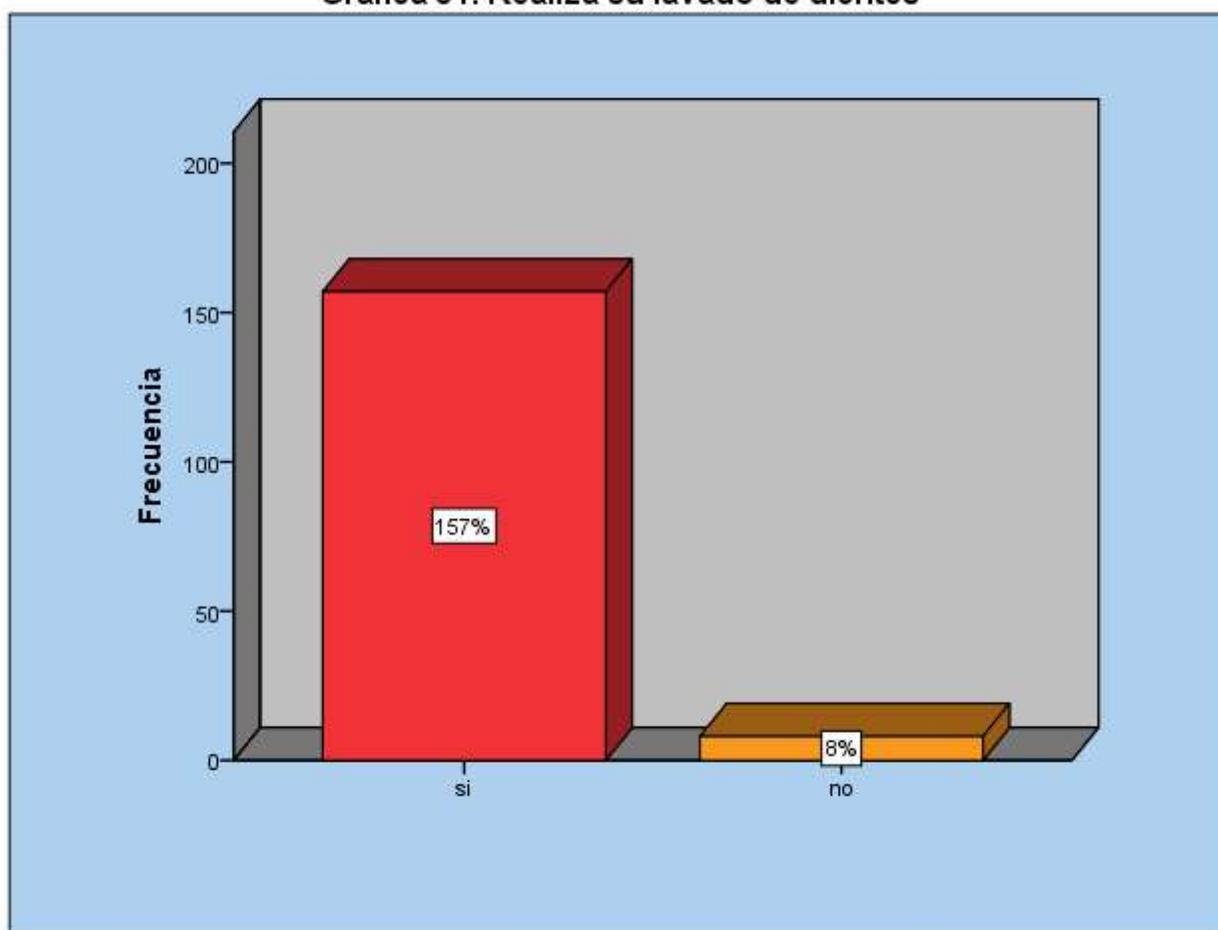
Fuente: Gráfica número 24

Análisis de datos relacionados con el autocuidado del adulto mayor

Tabla 01. Realiza su lavado de dientes		
<i>Respuesta</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Si	157	95.2
No	8	4.8
Total	165	100.0

Fuente cuestionario aplicado en el 2016

Grafica 01. Realiza su lavado de dientes

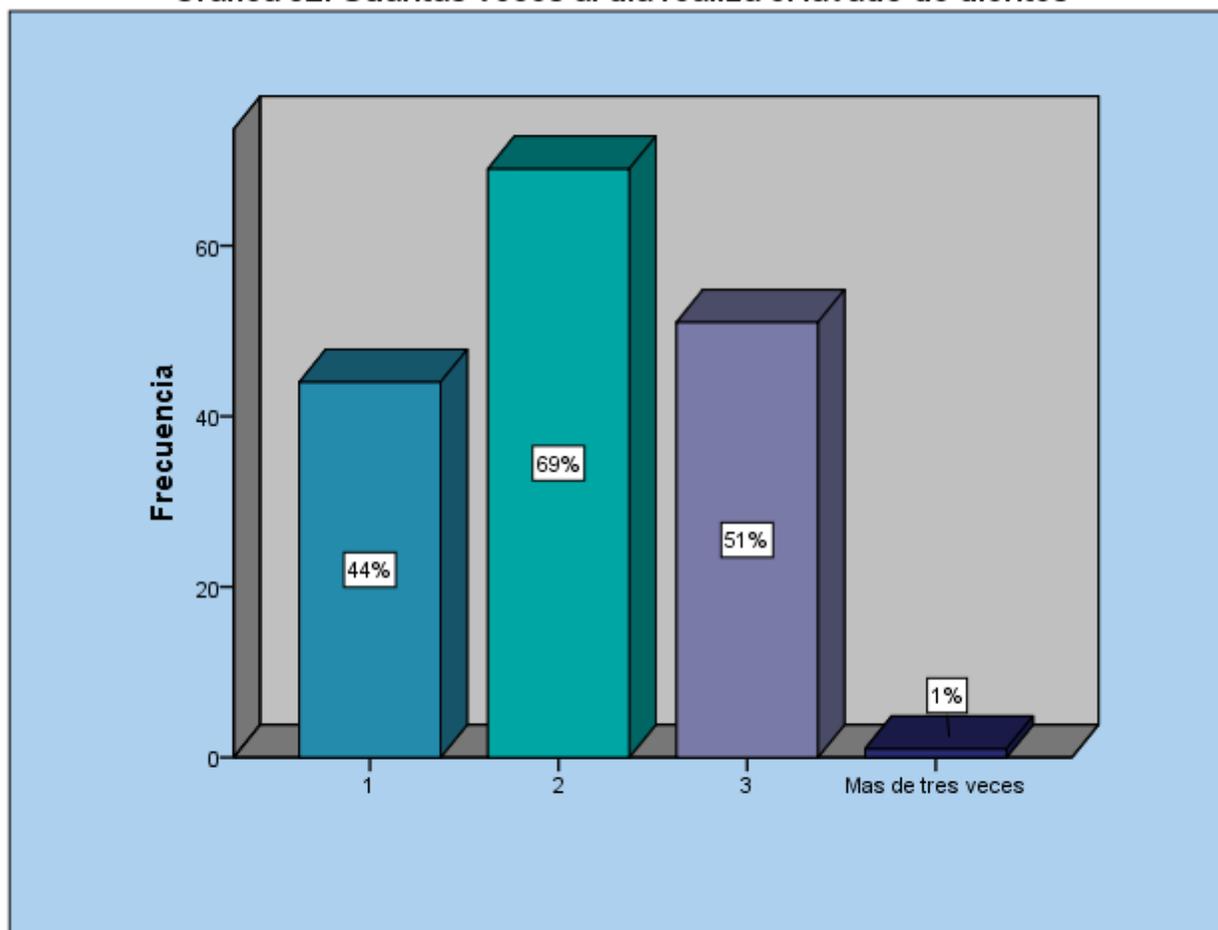


Fuente: Gráfica número 01

Tabla 02. Cuantas veces al día realiza el lavado de dientes		
Frecuencia	f	%
1	44	26.7
2	69	41.8
3	51	30.7
Más de tres veces	1	0.6
Total	165	100.0

Fuente cuestionario aplicado en el 2016.

Grafica 02. Cuantas veces al día realiza el lavado de dientes



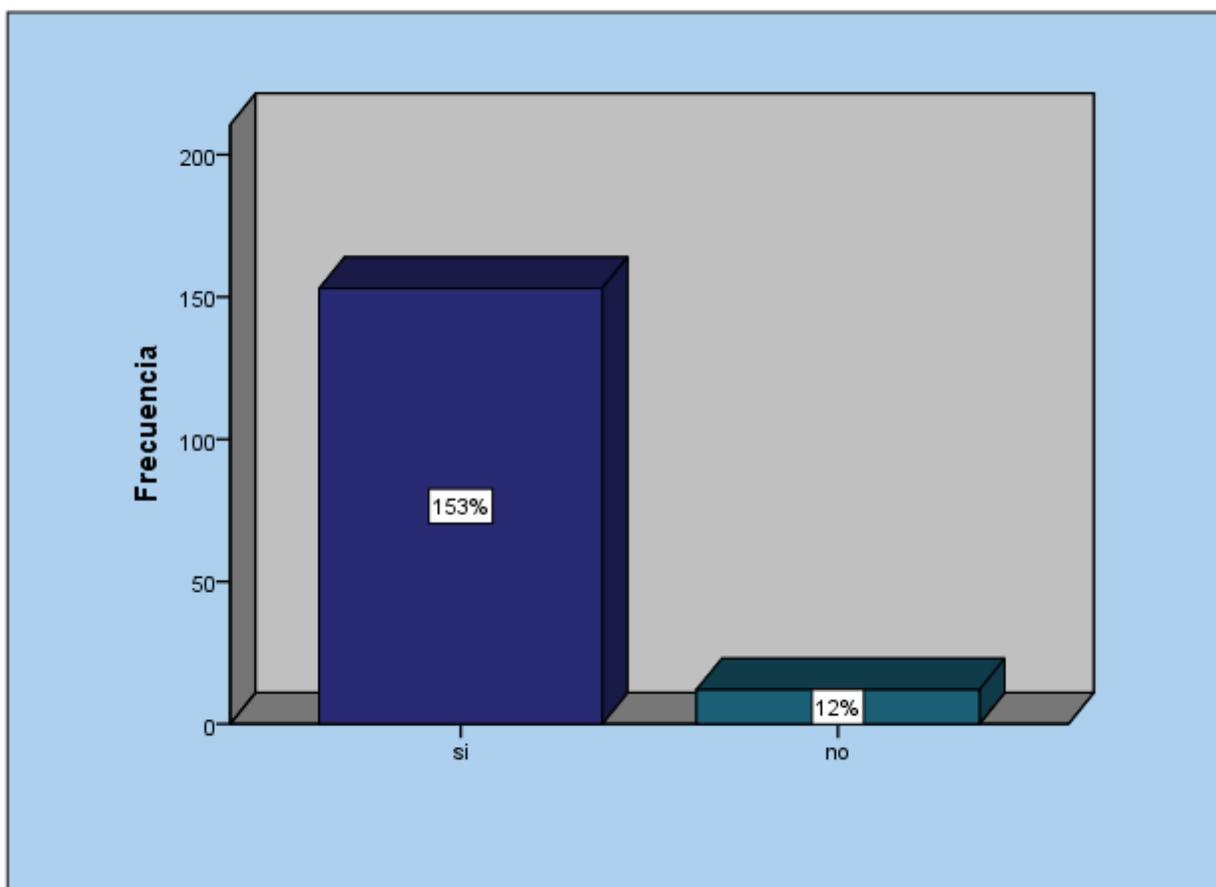
Fuente: Gráfica número 02

Tabla 03. En caso de padecer algún trastorno o enfermedad, toma sus medicamentos

<i>Respuesta</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Si	153	92.7
No	12	7.3
Total	165	100.0

Fuente cuestionario aplicado en el 2016

Grafica 03. En caso de padecer algún trastorno o enfermedad, toma sus medicamentos

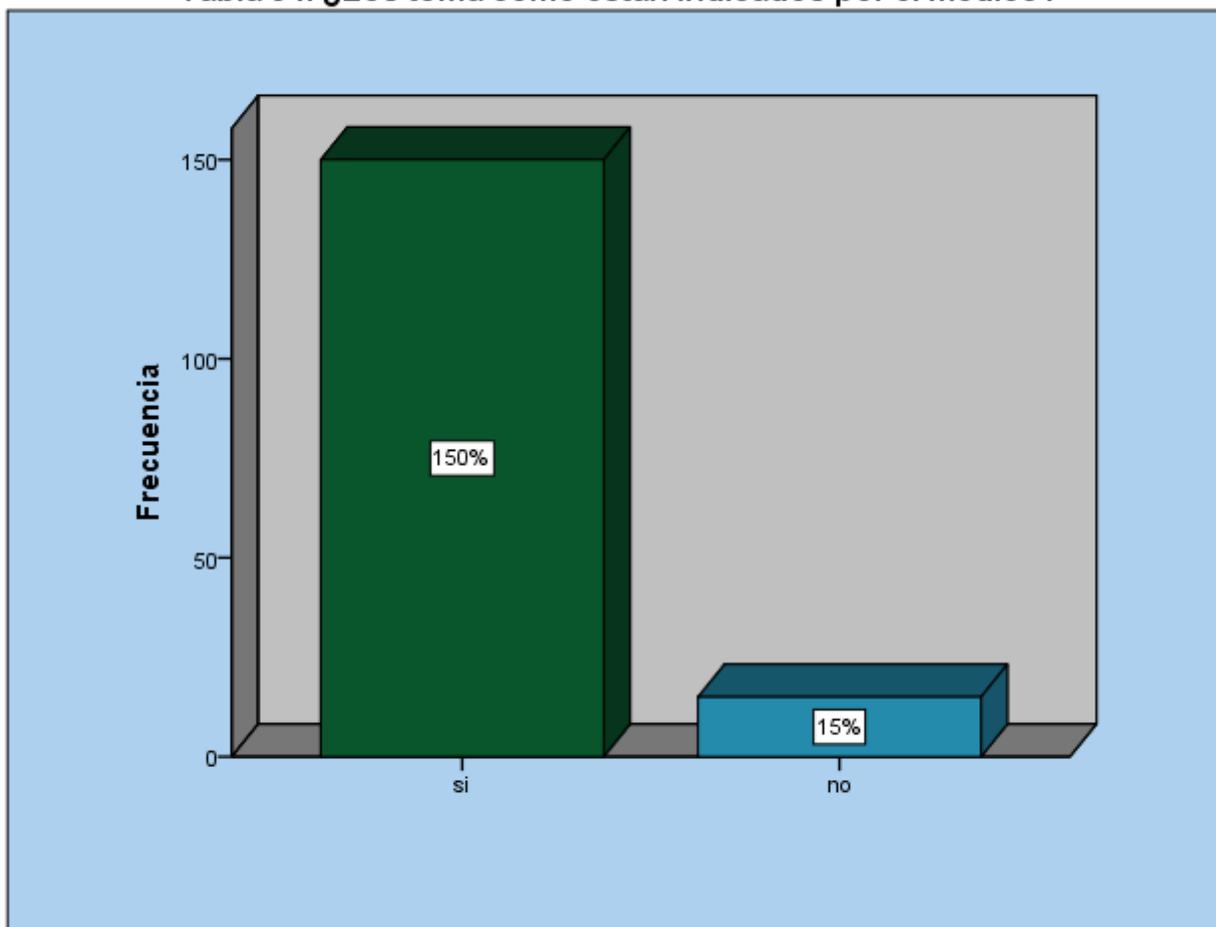


Fuente: Gráfica número 03

Tabla 04. ¿Los toma como están indicados por el médico?		
Respuesta	f	%
Si	150	90.9
No	15	9.1
Total	165	100.0

Fuente cuestionario aplicado en el 2016

Tabla 04. ¿Los toma como están indicados por el médico?



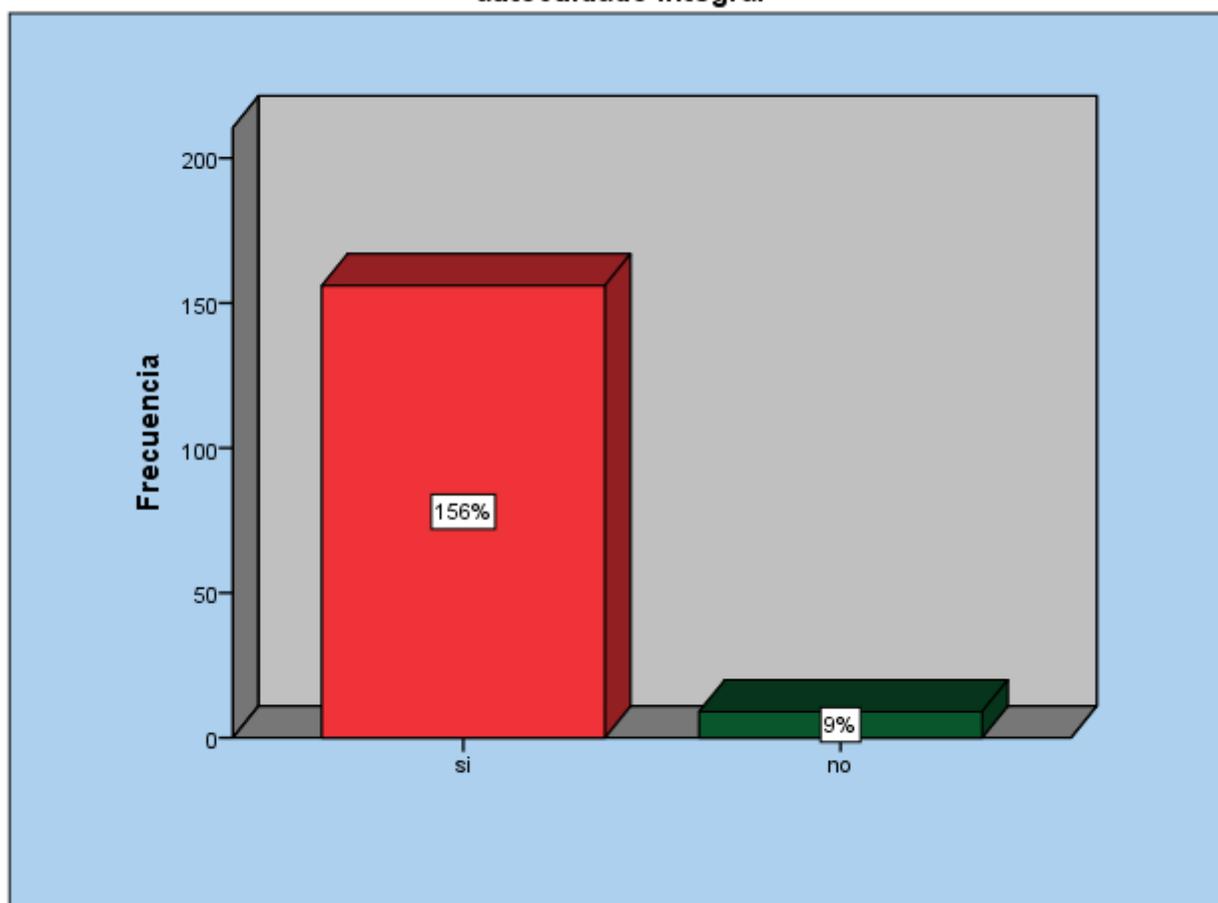
Fuente: Gráfica número 04

Tabla 05. Considera que la cartilla de salud del adulto mayor es de utilidad en su autocuidado integral

<i>Respuesta</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Si	156	94.5
No	9	5.5
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016

Grafica 05.- Considera que la cartilla de salud del adulto mayor es de utilidad en su autocuidado integral



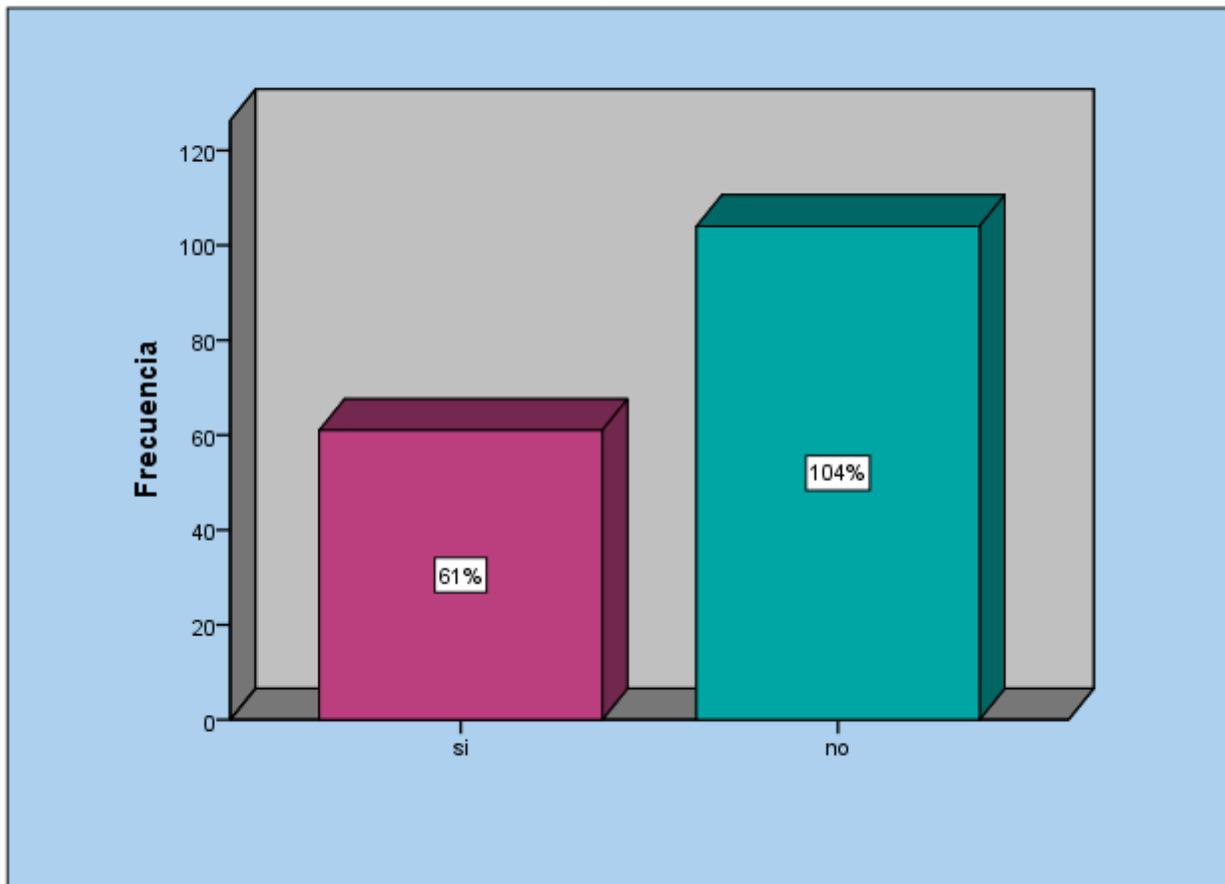
Fuente: Gráfica número 05

Tabla 06. Usted toma medicamentos sin prescripción médica (antigripal o analgésico)

<i>Respuesta</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Si	61	37.0
No	104	63.0
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016.

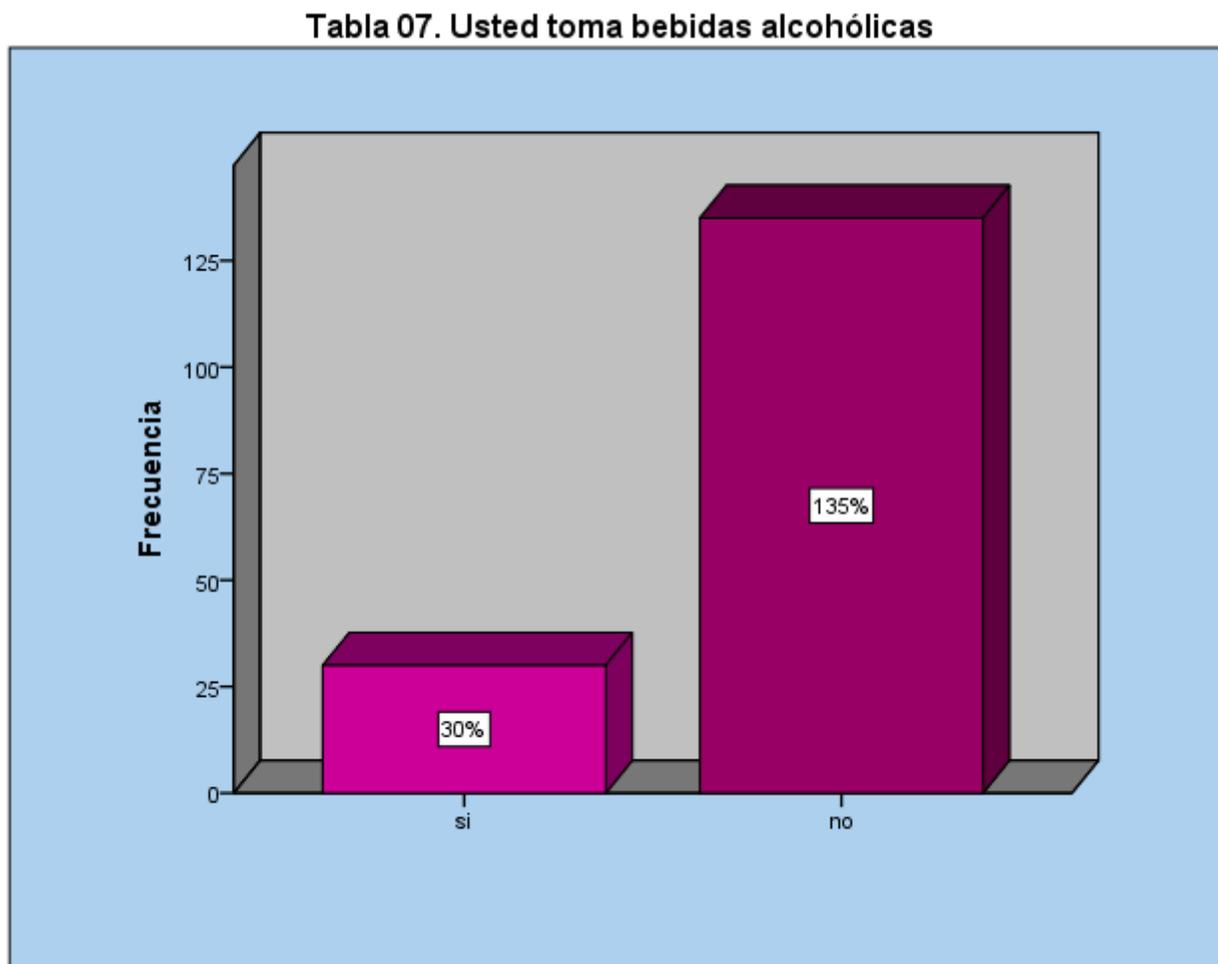
Grafica 06. Usted toma medicamentos sin prescripción médica (antigripal o analgésico)



Fuente: Gráfica número 06

Tabla 07. Usted toma bebidas alcohólicas		
Respuesta	f	%
Si	30	18.2
No	135	81.8
Total	165	100.0

Fuente cuestionario aplicado en el 2016.

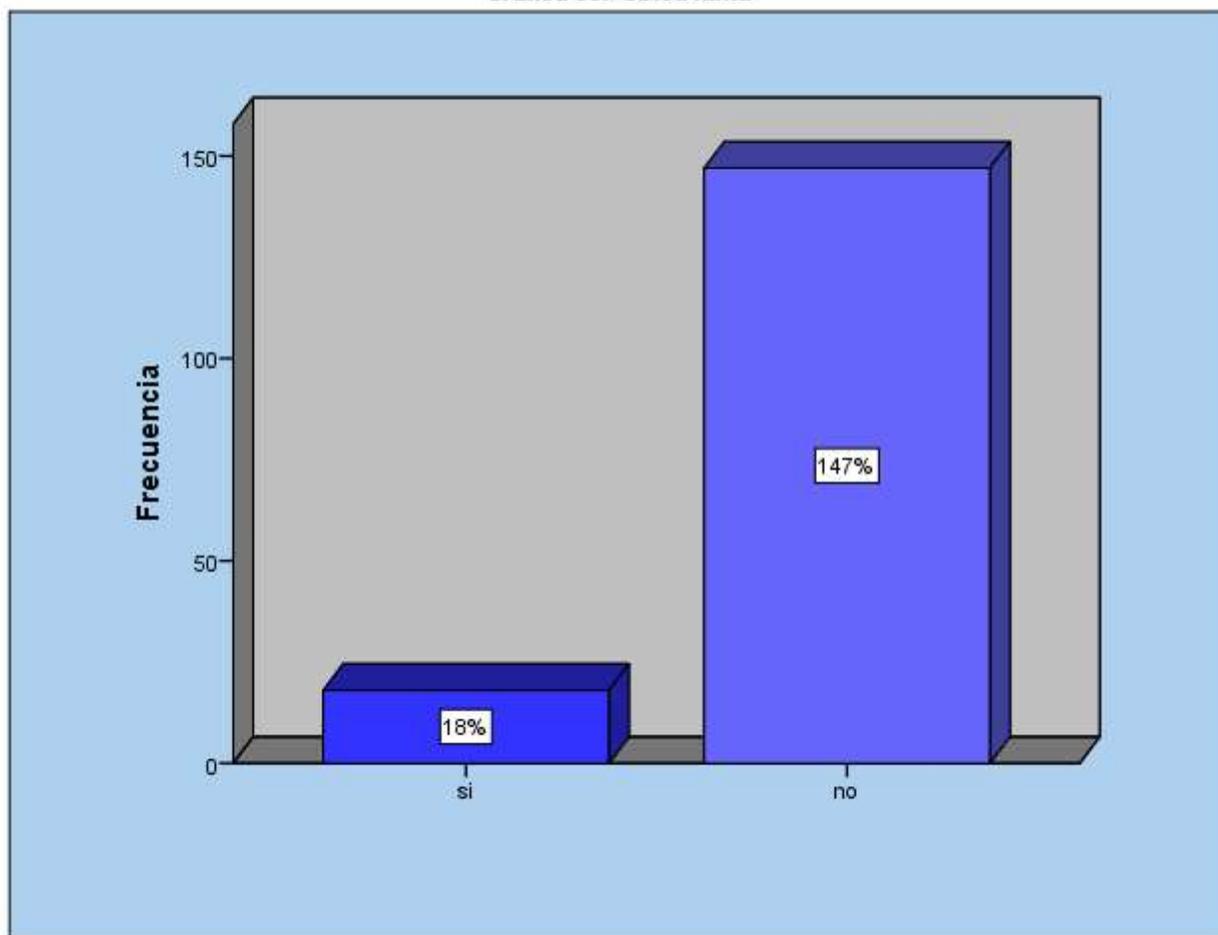


Fuente: Gráfica número 07

Tabla 08. Usted fuma		
<i>Respuesta</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Si	18	10.9
No	147	89.1
Total	165	100.0

Fuente cuestionario aplicado en el 2016.

Grafica 08.- Usted fuma



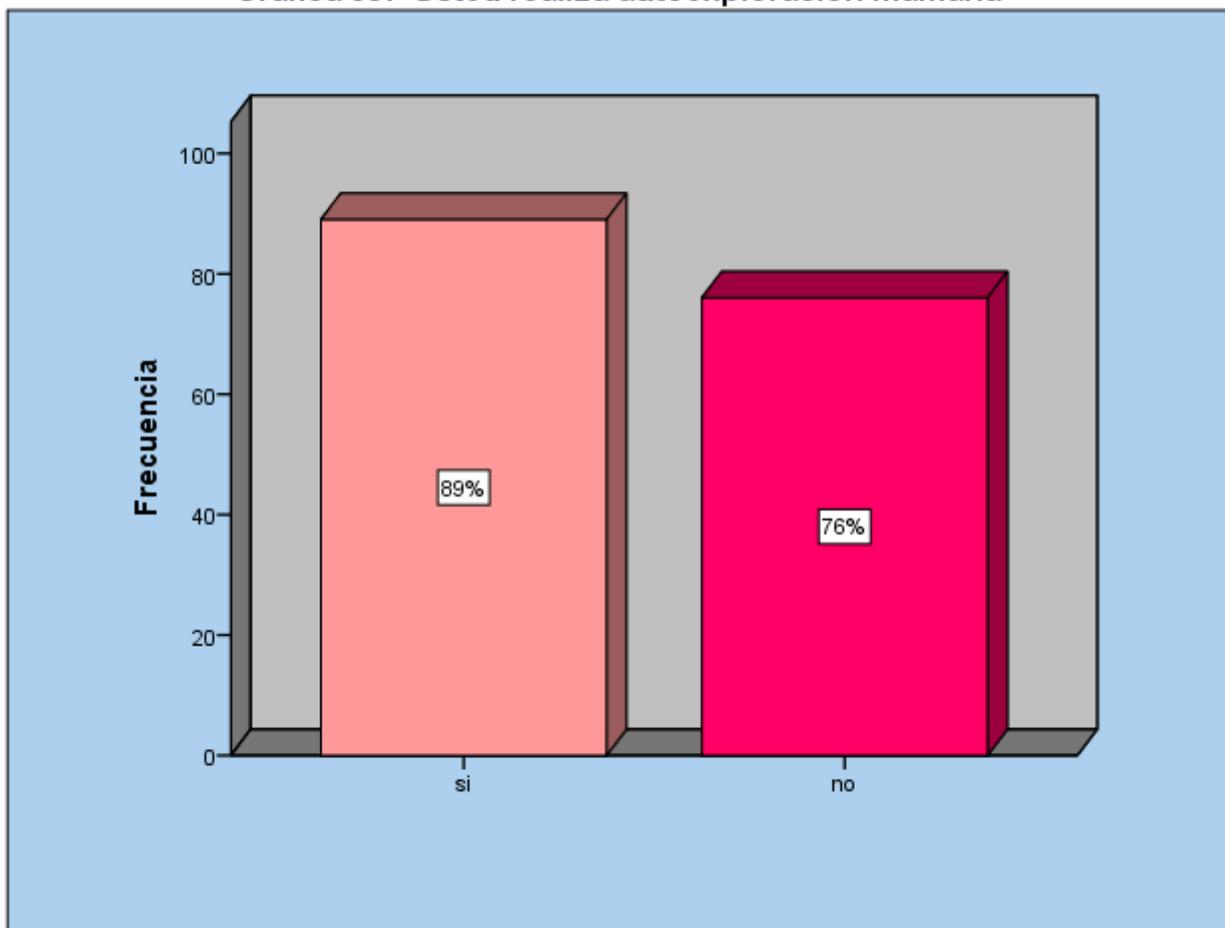
Fuente: Gráfica número 08

Tabla 09. Usted realiza autoexploración mamaria

<i>Respuesta</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Si	89	53.9
No	76	46.1
Total	165	100.0

Fuente cuestionario aplicado en el 2016.

Grafica 09.- Usted realiza autoexploración mamaria



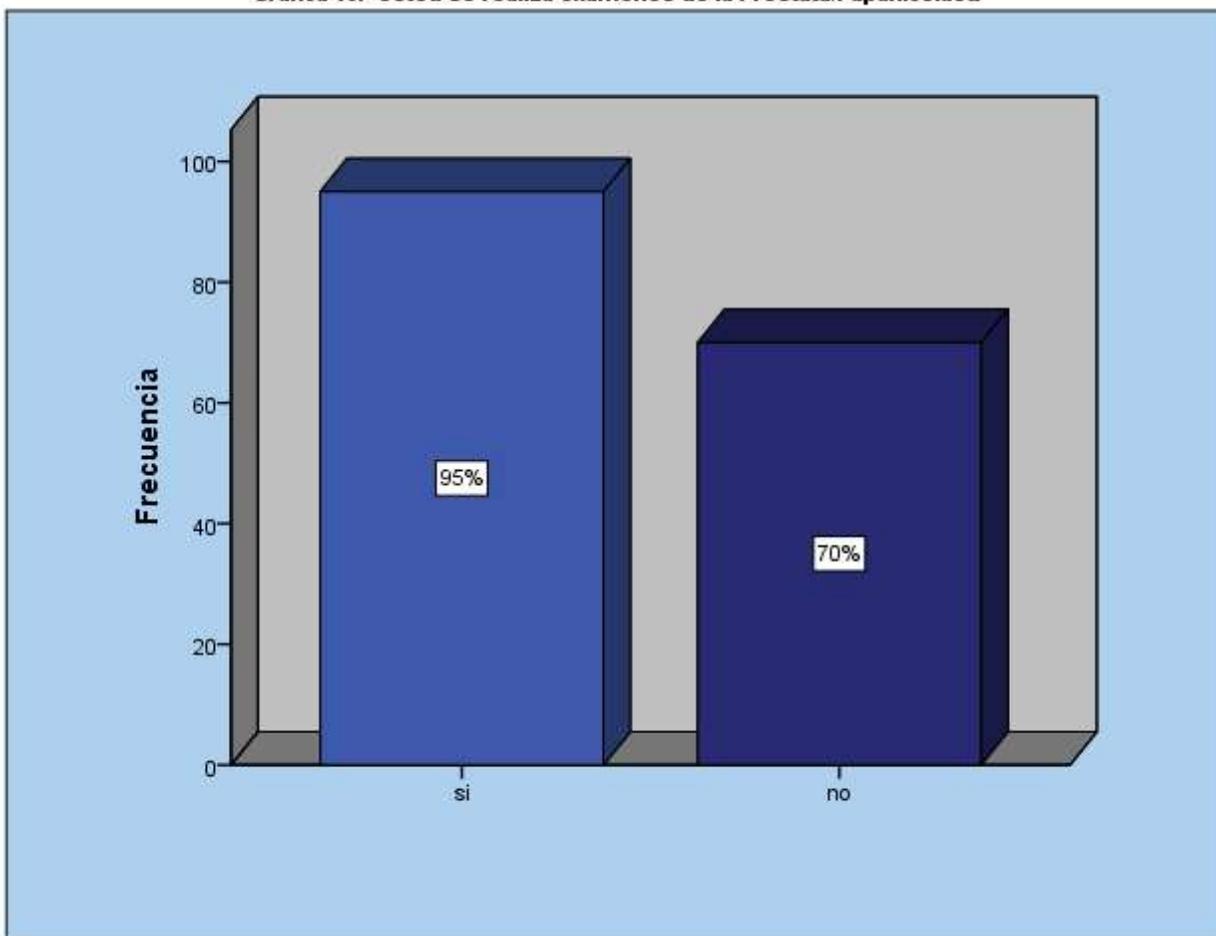
Fuente: Gráfica número 09

Tabla 10. Usted se realiza exámenes de la Próstata/Papanicolaou

<i>Respuesta</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Si	95	57.6
No	70	42.4
Total	165	100.0

Fuente cuestionario aplicado en el 2016.

Grafica 10.- Usted se realiza exámenes de la Próstata/Papanicolaou

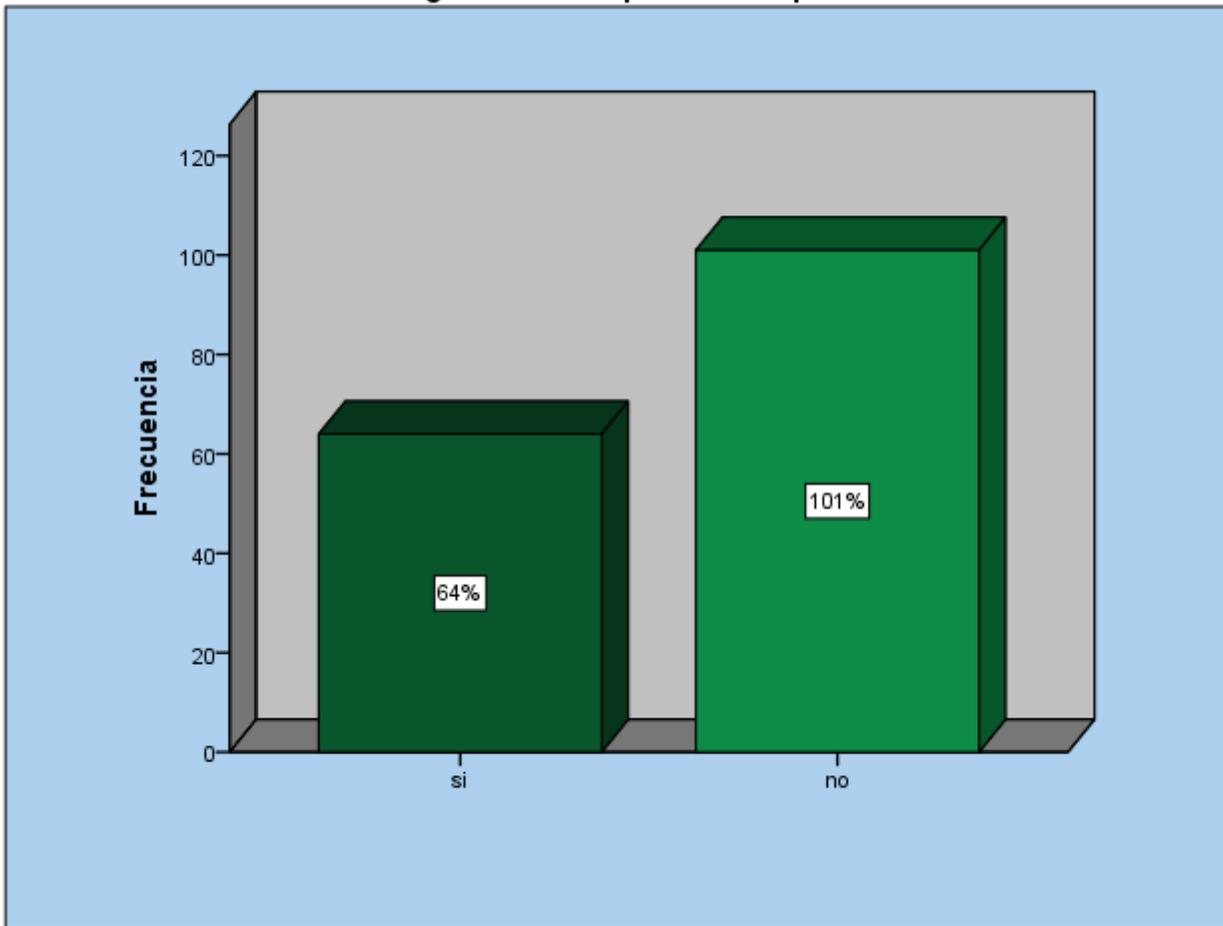


Fuente: Gráfica número 10

Tabla 11. ¿Usted tiene problemas para dormir?		
Respuesta	f	%
Si	64	38.3
No	101	61.2
Total	167	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016.

Grafica 11.- ¿Usted tiene problemas para dormir?

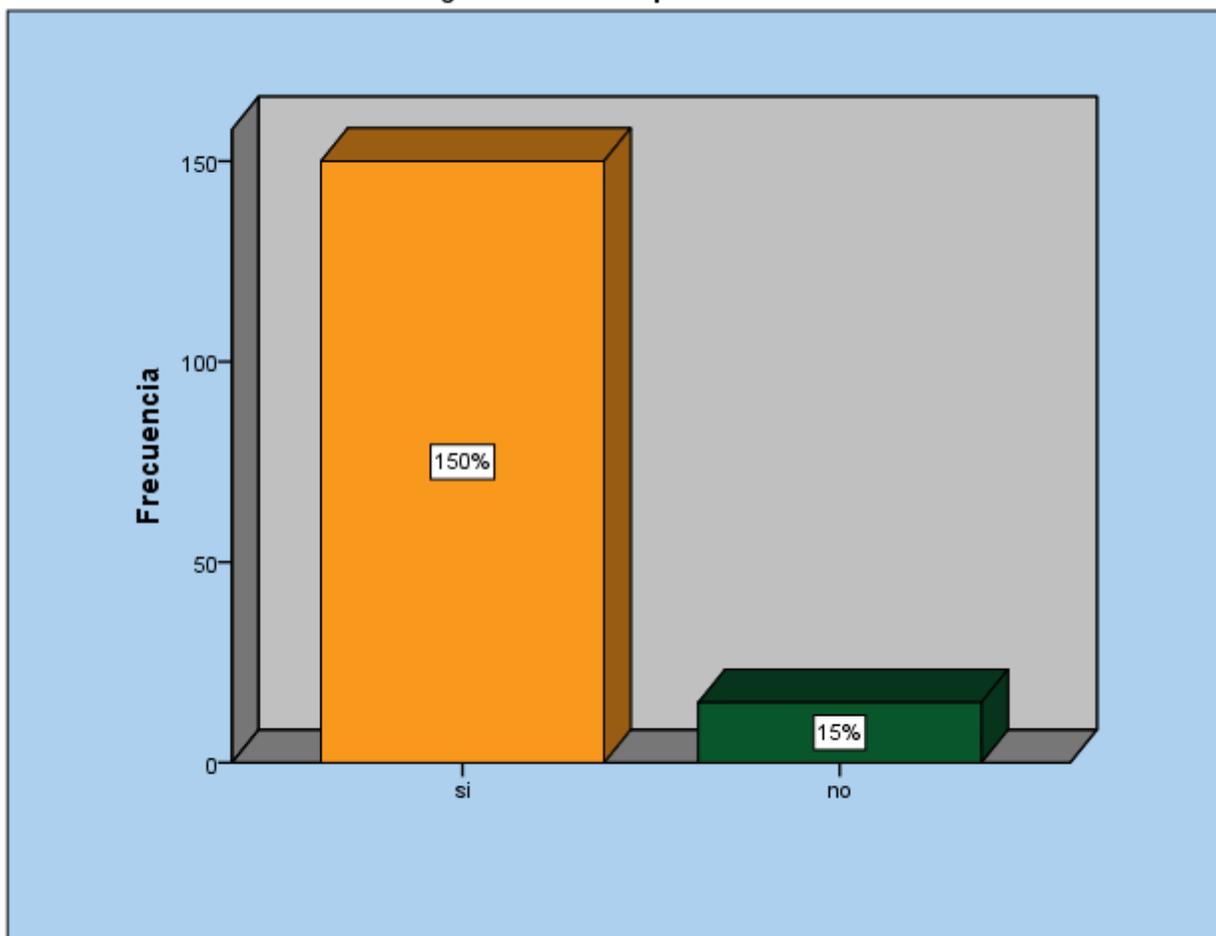


Fuente: Gráfica número 11

Tabla 12. ¿Usted considera que su vida es hermosa?		
Respuesta	f	%
Si	150	90.9
No	15	9.1
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016.

Gráfica 12.- ¿Usted considera que su vida es hermosa?

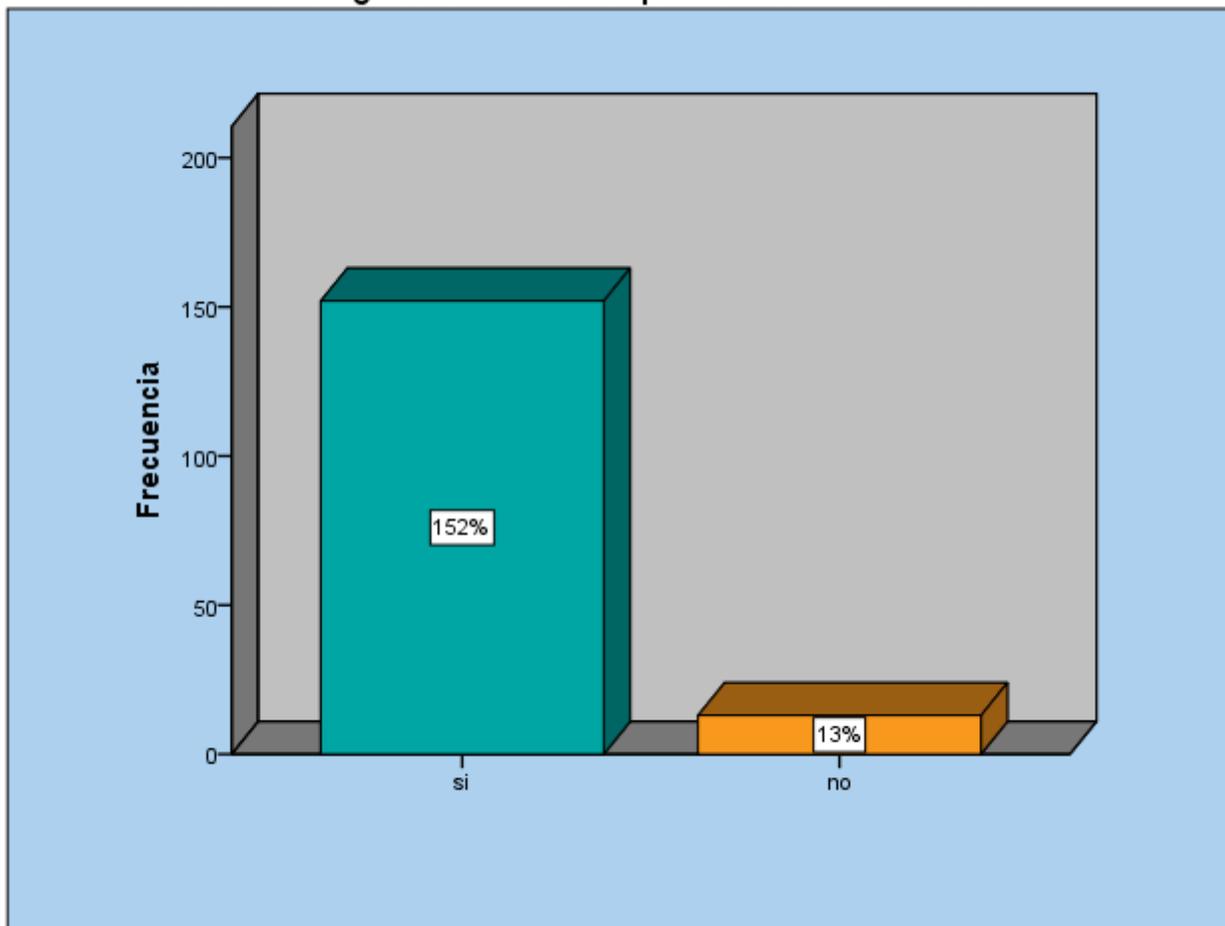


Fuente: Gráfica número 12

Tabla 13. ¿Usted considera que su vida es satisfactoria?		
<i>Respuesta</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Si	152	92.1
No	13	7.9
Total	165	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016.

Grafica 13.- ¿Usted considera que su vida es satisfactoria?



Fuente: Gráfica número 13

9.4 Descripción del alfa de Cronbach global y por dimensiones.

Tabla 01.- Confiabilidad

No. De ítems	Alfa de Cronbach	N=
24	0.806	165
Dimensiones del instrumento ASA		
Dimensión	Alfa de Cronbach	
Estimativa	0.583	
Transicionales	0.716	
Productivas	0.508	

Fuente: cuestionario aplicado en el 2016

9.5 Análisis de los resultados en la escala ASA

Tabla 43. ASA total general y rangos de arbitrariedad

<i>Valores del ASA</i>		<i>Adultos mayores</i> <i>(n = 165)</i>
ASA total general		
Media y DT*	68.9	(8.2)
Mediana	68.0	
Moda	67.0	

n= muestra

DT*= desviación típica

Tabla 44.- Valoración de la agencia de autocuidado en el adulto mayor

Rango	Capacidad de agencia de autocuidado	<i>F</i>	%
24 – 43	Muy baja	4	2.5%
44 – 62	Baja	19	11.5%
63 – 81	Regular	130	78.7%
82 – 96	Buena	12	7.3%

f = frecuencia
% = por ciento